

LÚCIA AZAMBUJA SARAIVA VIEIRA

**MORTALIDADE INFANTIL: DESIGUALDADES SOCIAIS
E EM SAÚDE**
Estudo da 7^a. Coordenadoria Regional de Saúde /RS

**PELOTAS
SETEMBRO, 2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE - MESTRADO INTERINSTITUCIONAL - UFSC/UFPel**

**MORTALIDADE INFANTIL: DESIGUALDADES SOCIAIS
E EM SAÚDE**
Estudo da 7ª. Coordenadoria Regional de Saúde /RS

LÚCIA AZAMBUJA SARAIVA VIEIRA

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Universidade Federal de
Santa Catarina, para a obtenção do
título de Mestre em Enfermagem, Área
de Concentração - Assistência de
Enfermagem.

ORIENTADORA: Dra. ELIANA MARILIA FARIA

**PELOTAS,
SETEMBRO, 2000.**

PELOTAS, 29 DE SETEMBRO DE 2000.

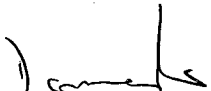
LÚCIA AZAMBUJA SARAIVA VIEIRA

MORTALIDADE INFANTIL: DESIGUALDADES SOCIAIS E EM SAÚDE
Estudo da 7ª. Coordenadoria Regional de Saúde /RS

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

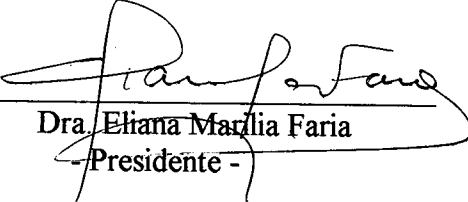
MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 29 de setembro de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado em Enfermagem. Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.

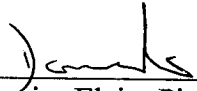


Dra. Denise Elvira Pires de Pires
-Coordenadora PEN/UFSC-

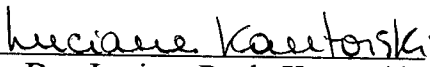
BANCA EXAMINADORA:



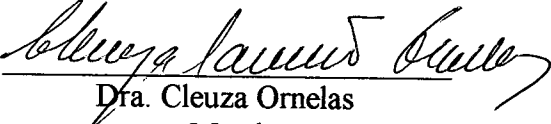
Dra. Eliana Marília Faria
-Presidente -



Dra. Denise Elvira Pires de Pires
- Membro -



Dra. Luciane Prado Kantorski
- Membro -



Dra. Cleuza Ornelas
- Membro -

Dda. Eda Schwartz
- Membro -

Pelo Amor que impulsiona a vida.

*Dedico este trabalho ao **Bernardo**, simbolizando toda
a população infantil da nossa região e do Rio Grande do Sul.*

AGRADECIMENTOS

Pela energia da vida, agradeço a **Deus**.

Pelo eterno incentivo, agradeço aos **Meus Pais**.

Pelo ensinamento que amar também é dividir, agradeço ao **Hugo**.

Pela retaguarda dada durante esse período do Mestrado, agradeço à **Eleni**, à **Isabel** e à **Sulema**.

Pelo apoio e todo o companheirismo dispensado, agradeço aos **Colegas da 7ª** Coordenadoria Regional de Saúde -Bagé/RS.

Agradeço também à Colega **Maria Madalena Colla**, pela presteza na ajuda na confecção deste trabalho.

Ao **Alexandre** que com tranqüilidade me acalmou na apresentação deste.

Pela sensibilidade, presteza e dedicação de "estar junto" nessa caminhada, agradeço imensamente ao **Professor Arsênio Carmona**.

Agradeço aos componentes da **Banca Examinadora**, que de maneira especial contribuíram com suas considerações.

Especialmente, agradeço à **Professora Drª. Eliana Marília Faria**, grande companheira, que entendeu a minha preocupação e com muita sabedoria e amizade, orientou este trabalho.

RESUMO

Este trabalho responde a um dos desafios da minha prática profissional em Saúde Coletiva. Teve o propósito de realizar uma análise do indicador Mortalidade Infantil - MI no Estado do Rio Grande do Sul, especialmente na região que abrange a 7ª Coordenadoria Regional de Saúde - CRS que engloba os municípios de Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra, Lavras do Sul, Pinheiro Machado e São Gabriel. Tem uma abordagem quali-quantitativa em que se procurou uma aproximação de forma progressiva, Estado, Região e indivíduo. É um estudo descritivo-analítico, em que foram utilizados os dados já existentes (secundários), e os dados das entrevistas como Informantes-chave - IC (profissionais que trabalham com a criança e a mulher no período gravídico-puerperal e gestores municipais de saúde). A análise dos dados se deu de duas formas: a análise de conteúdo para os dados das entrevistas e análise estatística para os dados secundários, na qual foram utilizados dois modelos: Regressão Logística com Análise Multivariada de Risco Relativo e o Coeficiente de Correlação de Rango de Kendall. Ficou evidente, neste trabalho e corroborado em outros estudos apontados neste, que há um problema grave na atenção à mulher no período grávido-puerperal que as desigualdades sociais se refletem na saúde e conseqüentemente na qualidade de vida das comunidades aqui estudadas. Os resultados encontrados indicam a necessidade de investimentos na saúde, tanto quantitativamente quanto qualitativamente. Quando se fala em tomar medidas a respeito, está se querendo dizer que a atenção que deverá ser proporcionada à mulher, à criança, deve contemplar a dimensão do viver humano numa relação ética e dialógica.

ABSTRACT

This work is the answer to of the challenges of my professional practice in Collective Health. Its purpose was to make an analysis of the infant Mortality Indicator – IF in Rio Grande do Sul, especially in the region that comprises the 7th Health Regional Coordinator – HRC. This region includes the counties of Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra, Lavras do Sul Pinheiro Machado and São Gabriel. It has a qualitative and quantitative approach in which we tried to achieve a deep and progressive approximation State, Region and the own person. It is an analytic and descriptive study, where we have used the existing data (secondary), and the data of the interviews as key informers – KI – (Professionals who work with the child and the mother during the pregnancy and puerperal period and the health county managers). The analysis of the data has been done in two ways: the analysis of the content for the data of the interviews and the statistic analysis for the secondary data where two patterns were used: Logistic Regression with Multivariate Analysis of Relative Risk and the Coefficient of Kendal's Rango Correlation. This work, and other studies, showed clearly that there is a serious problem referring to the women attention during the pregnancy and puerperal period. The social inequality reflects in Health and consequently, in the life quality of the communities where we have applied the study. The results indicate the necessity of investing in Health in a qualitative and quantitative way. When we refer in taking measures about this subject, we mean that the attention which should be done to the woman and child must aim the human life dimension, in a dialogical and ethical relation.

LISTA DE FIGURAS, DIAGRAMAS E TABELAS

MAPA - Mapa do Estado do Rio Grande do Sul com os municípios da 7ª CRS em destaque	28
Gráfico 1 - Mortalidade Infantil na 7ª CRS e no Rio Grande do Sul de 1990 a 1999.....	29
Gráfico 2 - Mortalidade Infantil por município da 7ªCRS nos anos de 1995 a 1999.....	31
Gráfico 3 - Idade e sexo dos sujeitos do estudo	63
Gráfico 4 - Tempo de formação dos sujeitos do estudo conforme categoria profissional.....	64
Gráfico 5 - Tempo de residência dos sujeitos do estudo, segundo a categoria profissional	64
Diagrama 1 - Opinião dos Informantes-chave a cerca da Mortalidade Infantil	65
Diagrama 2 - Determinantes da Mortalidade Infantil, segundo os Informantes-chave	66
Diagrama 3 - Necessidades de mudanças para a redução da Mortalidade Infantil, segundo os Informantes-chave	67
Diagrama 4 - Categorias que emergiram do estudo	69

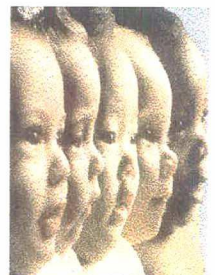
Tabela 1 - Matriz de Correlação entre os indicadores sócio-demográficos e de saúde das Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul	129
Tabela 2 - Correlação da Mortalidade Infantil com os indicadores sócio-demográficos e de saúde das Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul	87
Tabela 3 - Causas de óbitos em menores de uma ano da 7ª CRS por grupos de evitabilidade.....	89
Tabela 4 - Modelos construídos para a escolha de um modelo ótimo para a análise multivariada	92
Tabela 5 - Análise do Risco Relativo Multivariado entre a Mortalidade Infantil e os antecedentes sócio-demográficos e de saúde. Estudo de caso-controle	93

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO.....	13
II CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA	17
III REFERENCIAL TEÓRICO	34
VI METODOLOGIA	50
Coleta dos dados	51
Análise dos dados	55
V RESULTADOS	62
A Atenção à Saúde: individual e coletiva	69
A Mortalidade Infantil	82
Risco Relativo Multivariado da Mortalidade Infantil da 7ª CRS/RS	89
VI MORTALIDADE INFANTIL - REFLEXO DA DESIGUALDADE SOCIAL E NA ATENÇÃO À SAÚDE	103
VII CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
BIBLIOGRAFIA	114
ANEXOS	123

*"La vida sólo se comprende mirando hacia atrás,
pero se debe vivir hacia delante".*

Soren Kierkgaard



I INTRODUÇÃO

Este trabalho responde a uma exigência do Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem UFSC /UFPeI-FURG-URCAMP. Responde, também, a um dos desafios da minha prática profissional em Saúde Coletiva, por entender que a compreensão do indicador Mortalidade Infantil - MI não é uma “simples taxa” materializada em números, mas significa compreender que traduz o modo de vida de um povo, um indicador que tem abrangência para além dos serviços de saúde, e que estes últimos têm implicações para a diminuição do mesmo.

Teve o propósito de realizar uma análise do indicador mortalidade infantil - MI no Estado do Rio Grande do Sul, especialmente na região que abrange a 7ª Coordenadoria Regional de Saúde - CRS.

A Mortalidade Infantil é o coeficiente que tem sido utilizado internacionalmente como um dos principais indicadores da qualidade de vida de uma população. Pode ser determinada por múltiplas variáveis, tais como os fatores sócio-econômicos, políticos, ambientais e relativos à assistência à saúde entre outros.

A enfermagem, profissão que lida diretamente com a população, está presente em quase todos os serviços de saúde. Para o desenvolvimento de sua prática deverá estar compromissada com as necessidades de saúde da população, necessitando discutir criticamente e buscar compreender que às relações existentes entre o modo de vida e a oferta qualificada de ações de saúde, interferindo nestes dois campos de modo a contribuir na diminuição deste indicador a um patamar desejável.

Para melhor entender o surgimento dessa preocupação, creio ser oportuno contar um pouco da minha trajetória na área da saúde.

Terminei meu curso de graduação em 1986, optando por realizar o estágio final no município de Braga - RS, que contava com um secretário municipal de saúde enfermeiro, que desenvolvia um trabalho muito interessante em saúde comunitária. Após a formatura, procurei trabalhar nesta área indo para um município, também pequeno, onde estavam se organizando as Ações Integradas de Saúde - AIS e, posteriormente, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS. Esta experiência ocorre em clima de início da Reforma Sanitária, pós 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS e em plena constituinte.

Em 1988, cursei a Especialização em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública - SES/POA-RS, e, como trabalho final, desenvolvemos trabalho sobre a Vigilância Epidemiológica no RS, intitulado: "Resgate Histórico da Vigilância Epidemiológica no RS de 1938 a 1968".

No ano seguinte, fui para Lavras do Sul, onde trabalhei por quase quatro anos. Ali, desempenhei atividades de assistência propriamente dita, e político-administrativa, desenvolvendo as atividades como Secretária Municipal de Saúde por dois (2) anos.

No meu retorno a Bagé, em 1993, trabalhei na Secretaria Municipal de Saúde, na Assessoria de Planejamento, onde comecei o trabalho sobre a mortalidade infantil - MI. Em 1995, já sendo docente do Centro de Ciências da Saúde da URCAMP/Bagé-RS, ingressei na Secretaria Estadual de Saúde - SES, lotada na 7ª Delegacia, hoje, Coordenadoria Regional de Saúde - 7ª CRS.

A preocupação com a MI aparece na tentativa de entender a situação sanitária da população. Assim, iniciei um levantamento das condições sanitárias das famílias que tiveram filhos menores de um ano mortos, e, também, por acreditar que seria o indicador que poderíamos inferir mais rápido e efetivamente. O retorno foi imediato. Após o meu ingresso na Coordenadoria Regional, assumi como responsável pela Seção da Criança e do Adolescente e estendi o trabalho para todos os municípios da regional, ampliando e efetivando a Vigilância

dos Óbitos Infantis. Nesta época, o interesse também foi impulsionado pelos coeficientes encontrados, os maiores do Estado do RS.

Dessa maneira nasce, desde os primeiros dias de minha vida profissional, minha inclinação e meu crédito de que a epidemiologia me daria algumas das respostas que necessitava para realizar minhas atividades na saúde coletiva.

Nesta retrospectiva, permeada de grandes desafios, sempre tive que me cercar da epidemiologia como instrumental para tentar vencê-los e para poder, realmente, tomar conhecimento onde eu estava – em que contexto social estava trabalhando, com que poderia contar (recursos), o que deveria ser feito ou modificado e o que estava conseguindo transformar – o planejar, agir e avaliar.

Atualmente desempenho a função de Coordenadora Adjunta da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRS, em Bagé, e o interesse pelo assunto é redobrado, pelo somatório das questões antes já referidas e a atual conjuntura Estadual, com a gestão de um Governo Democrático e Popular, para o qual as políticas sociais são prioritárias, e não deverão ser compensatórias.

Fazendo uma relação entre a teoria e a prática, no campo da Saúde Coletiva, acredito que este trabalho possa trazer subsídios relevantes tanto para uma quanto para a outra.

"Tem-se dito, e nisso encerra mais verdade do que se poderia supor, que ao se colocar adequadamente um problema, supõe-se haver achado a metade de sua solução. Daí a importância medular que se deve conferir a essa tarefa em qualquer esfera, em particular quando se trata de investigação científica".

Luiz Carlos Silva Ayçaguer



II CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA

A análise das medições dos processos sociais sobre a mortalidade infantil tem despontado como tema de interesse crescente em Saúde Coletiva.

A mortalidade e a morbidade são as principais medidas do estado de saúde das comunidades de seres vivos e se referem aos indivíduos que morrem e adoecem num dado intervalo de tempo. Estas medidas passam a ser coeficientes quando começarem a expressar a proporção de óbito/doença na população (Rouquayrol e Almeida Filho, 1990).

Em geral, os coeficientes de mortalidade são definidos como o resultado da razão entre as frequências absolutas dos óbitos e o número de sujeitos expostos ao risco de morrer.

A Mortalidade Infantil - MI, especificamente, é calculada pela divisão do número de óbitos menores de um ano pelos nascidos vivos, num determinado ano e área e multiplicado por mil.

Segundo Víctora (1988:78), “ *a MI é a proporção de crianças que morrem antes de completar um ano de vida, é tida como um ótimo indicador das condições de vida e de saúde de uma população*”.

Oliveira e Mendes (1995:57), escrevem que, “*de uma forma bem mais intensa do que a mortalidade adulta, os óbitos infantis estão sujeitos a vários condicionantes que atuam a partir da vida social. O organismo infantil, por ser um complexo psicobiológico em formação, tem a capacidade de defesa das agressões externas naturalmente reduzida, com*

freqüência expando a criança a um conjunto de doenças e complicações que potencializam o risco de morte.”

O Fundo das Nações Unidas para Infância - UNICEF também aponta a Mortalidade Infantil - MI, como um ótimo indicador das condições de vida e de saúde de uma população. Portanto, o mesmo não tem sido apenas utilizado como um indicador clássico de saúde, mas também como um dos índices de desenvolvimento social.

Nesta perspectiva, de ser indicador social, a MI tem sido estudada com uma certa evidência, pois sua persistente queda nos últimos anos, também nos países em crise econômica ou sob condições recessivas, traz a sua dinamicidade e relação com as políticas públicas, apontando o papel do Estado como de fundamental importância no comportamento desse indicador (Duarte, 1992).

Quer dizer, dependendo das políticas adotadas, poderá haver redução ou aumento dos índices de MI, independente das condições de vida que esta população apresenta ?

Respondendo esta questão , VÍctora (1989:85), na finalização de um de seus estudos, sugere: ***“é possível reduzir parcialmente a morbimortalidade de nossa população infantil – mesmo sem resolver seus determinantes sócio-econômicos mais profundos – através de melhorias no sistema de atenção médico-sanitária”***.

Segundo este autor, estas modificações requerem uma transformação profunda no sistema que se instalou nas últimas décadas no Brasil, um sistema perverso que privilegia o lucro e concentra seus recursos nos que menos necessitam dele (VÍctora, 1989).

Pensando neste sentido, temos que defender um sistema que dê ênfase à prevenção, mas que seja integral, e dê ênfase também à descentralização das ações com controle social¹ . Um novo sistema que amplie, significativamente, o conceito de saúde e que exija dos

¹ É a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas dos planos de saúde (Boletim da IX CNS, Brasília, 1991).

trabalhadores e gestores um redimensionamento da sua prática para que seja alcançada a transformação desejada no setor.

Em termos políticos, os anos 80 representam, antes de tudo, o esforço da sociedade brasileira para a criação de um Estado verdadeiramente democrático, após duas décadas de ditadura. A reorganização do setor de saúde no Brasil tem a ver com esta redemocratização (Luz, 1994).

Os debates da década de 80 trouxeram idéias de anos anteriores. Dentre elas, destacaria as importantes medidas que foram tomadas no sentido de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, a concepção de saúde como direito civil – ou seja, um direito do cidadão e um dever do Estado – e a participação da comunidade.

A percepção da saúde, como direito de cidadania, é um dado novo nas políticas sociais brasileiras. Aqui, é explícita a noção de saúde, socialmente percebida, superando a compreensão, até então vigente ou dominante, de ser um estado biológico e abstrato ou apenas a ausência de doença. Esta conceituação extrapola, também, o determinado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, que é o *completo bem-estar físico-psíquico e social*. Neste conceito, o social é abstrato, subjetivo e relativo.

Como vemos, definir saúde e doença não é uma tarefa fácil, em função da complexidade que cerca tais conceitos. Muitas são as explicações. O que ainda predomina é o modelo médico-clínico, que entende a doença como uma questão biológica; e o modelo ecológico, no qual a doença resulta do desequilíbrio na interação hóspede/hospedeiro/ambiente. Nos dois, o principal é a relação causa/efeito, isolando o ser humano do seu contexto social (Gelboke, 1992).

Partindo da concepção social de saúde, trazida dos movimentos sociais de anos anteriores, a Constituição Federal referendou, em sua legislação complementar uma definição próxima dessa noção, da qual compartilho, a respeito das determinações da saúde, (Lei 8080 / 90, art. 3º): *”A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a*

educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.”

A definição de saúde atravessa um momento de fecunda reflexão; permite-nos entender que a sua estrutura não é estanque.

Concordo com Laurell (1982:157), quando diz que: *“o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza, em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção”*.

Possas (1989), situa a causalidade social da doença na especificidade histórica da sociedade, ressaltando o seu caráter duplo, biológico e social.

Para explicar e sustentar as idéias do indicador de saúde, mortalidade infantil, proposto neste estudo, utilizo a *epidemiologia*.

Segundo Almeida Filho (1994), a epidemiologia tem sido definida como a ciência básica da Saúde Coletiva, que estuda o processo saúde-doença, sua distribuição e seus determinantes em grupos humanos. Para este autor, ela nasce com Hipócrates e tem sua história estruturada sobre o tripé de movimentos científicos-ideológicos: a clínica, a estatística e a medicina social.

Para Rouquayrol (1994:7-8), é difícil uma definição precisa do termo epidemiologia, de maneira simplificada, diz ela: *“é ciência que estuda o processo saúde e doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e favorecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.”*

A sua utilização como instrumento de planejamento na programação, acompanhamento e avaliação da política social de saúde tem sido amplamente recomendada pelos organismos e fóruns nacionais e internacionais.

Quanto a sua relevância, concordo com Almeida F^o (1990) quando diz que a epidemiologia é o eixo da saúde pública; com Breihl (1990), quando coloca que o conhecimento epidemiológico é uma ferramenta chave para administração da saúde em um país e, com Terris, (1988) quando conclui que é um guia para a política de saúde.

Para Carvalheiro (1986), a epidemiologia, como disciplina científica, se constrói num processo complexo de interação com as propostas de intervenção resultantes da suas reflexões.

Outros autores, Uribe, Laurell, Breihl, Barata, Goldbaum e Loureiro, especialmente os latino-americanos, como descreve Rouquayrol (1994), avançam para uma nova epidemiologia em que a visão dialética se posiciona contra a fatalidade do natural e do tropical, dando ênfase ao estudo da estrutura sócio-econômica de maneira histórica, mais abrangente, tornando-a um dos instrumentos de transformação social.

Esta nova epidemiologia, também chamada de **epidemiologia social**, é conceituada por Breihl (1989:65): *“como um conjunto de conceitos , métodos e formas de ação prática que se aplicam ao conhecimento e transformação do processo saúde-doença na dimensão coletiva ou social.”*

É também chamada por Ayres (1995) de “contra-hegêmonica”, foi desenvolvida na década de 70 relacionada ao acirramento das tensões sociais no campo da saúde, oriundas das míseras condições de vida da população, especialmente da América Latina. Esse conhecimento soma-se a esforços para a construção de novos referenciais teóricos e práticos, mais efetivos e democráticos para a transformação da saúde coletiva.

É, nesta linha de pensamento, que acredito que a MI deva ser estudada, relacionada com qualidade de vida, determinada socialmente. Fortalecendo esta contextualização apresento alguns estudos realizados por outros autores.

Nos países mais desenvolvidos, como Suécia e Japão, a cada mil crianças que nascem apenas 5 ou 6 morrem no primeiro ano de vida. As causas de morte estão ligadas a problemas

muito difíceis de serem evitados, que são as más formações congênitas importantes ou prematuridades severas. Por outro lado, em populações onde as condições de vida e saúde são precárias, esse índice chega a ultrapassar a 100, como é o caso de Moçambique e Angola com 170 óbitos em cada mil nascidos vivos em 1991 (SSMA, 1993). Ao contrário das crianças suecas e japonesas, algumas morrem, principalmente, de doenças cuja prevenção e tratamento são relativamente simples, como: as diarréias, o tétano, as infecções respiratórias e outras doenças infecciosas (Víctora, 1988).

A situação brasileira torna-se bastante preocupante quando são analisados separadamente os dados de cada região do país. O Ministério da Saúde informa que, no final da década de 80, a MI da região Nordeste era de 102/1000, enquanto a do Sul e Sudeste estava em torno de 40/1000 nascidos vivos.

Diversos estudos, a seguir apresentados, têm mostrado uma nítida tendência de queda da MI no Brasil, nos últimos anos, mesmo sem se ter a melhora das condições sócio-econômicas da população, passa de 117‰ em 1960, para 40‰ em 1994 e para 36‰ em 1998. Apesar deste decréscimo em todas as regiões, o ritmo de tal descenso foi muito diferente entre elas, aprofundando ainda mais as desigualdades dentro do país. As regiões mais desenvolvidas, como as supra citadas, situaram-se três ou quatro vezes abaixo das mais carentes.

Mesmo considerando este importante decréscimo, nos encontramos num patamar superior a vários países latino-americanos, com potencial econômico inferior ao do Brasil, exemplos como da Guatemala, do Paraguai, da Colômbia, da Argentina e do Uruguai que estão com os índices entre 21 a 70 mortes por mil nascidos vivos (SSMA, 1993).

Segundo a Comissão Econômica Para a América Latina - CEPAL, nos dados do Anuário Estatístico de América Latina e Caribe, edição 1996, o Brasil encontra-se no segundo pior grupo relacionada à taxa de MI, por grupo de países, só perdendo para o grupo da Bolívia e Haiti, nos anos de 1990-1995 (<http://www.infomed.sld.cu>, 22/5/2000).

Dados do IBGE sobre a probabilidade de morte de crianças menores de um ano, em regiões metropolitanas, mostram as diversidades intra e inter-regionais. Comparando o Rio de Janeiro e Fortaleza, verifica-se, que nesta última, a probabilidade de morte é o dobro da primeira. Este risco, ainda, se diferencia quando for observado, dentro de uma mesma região, o grau de instrução das mães, rendas das famílias, o que eleva este índice de maneira inversamente proporcional (Rouquayrol e Almeida Filho, 1990).

Um trabalho realizado, no Estado do Rio de Janeiro e suas Regiões, comprovou a hipótese da existência das desigualdades marcantes entre as diferentes regiões identificando indicadores sociais que interferem neste coeficiente, como a renda familiar e acesso aos bens de consumo coletivo (saneamento básico, educação e leitos hospitalares, etc), deixando clara a diferenciação do comportamento da MI nas regiões menos assistidas (Duarte, 1992).

Outro estudo importante de ser salientado é o realizado em Pelotas - RS, o estudo longitudinal das crianças nascidas, em 1982, permitiu detectar variações na MI de acordo com a situação sócio-econômica da família, medida pela renda familiar. Corroborando os dados anteriores, o estudo coloca que ***“...As crianças mais pobres morrem de duas a três vezes mais devido a causas perinatais e por malformações do que as mais ricas. A situação é bem mais grave em relação às infecções: entre as famílias acima de seis salários não houve morte alguma, enquanto que estas doenças foram a principal causa de óbito entre as crianças de famílias com renda abaixo de um salário mínimo. ...”*** (Victora, Barros e Vaughan, 1988:78-81).

Na continuidade desse estudo referido acima, foi também focado o estudo das crianças nascidas em 1993 em Pelotas - RS, no qual foi detectado uma diminuição dos índices de 36,4 em 1982, para 21,1, ou seja, uma redução de 42%. Apesar da redução geral nos níveis de mortalidade, as desigualdades sociais permaneceram, detectando-se maior número de óbitos em famílias de baixa renda, com baixo peso ao nascer e de causas com possibilidade de serem prontamente prevenidas (Menezes et al., 1996).

Curí et al (1992) num trabalho de avaliação dos indicadores publicados pelo UNICEF em 1990, situaram a criança nos países americanos, detectando as desigualdades existentes:

Uruguai, Peru e Bolívia apresentam as menores reduções nas taxas de MI da América Latina. O Chile foi considerado um exemplo de progresso da assistência à saúde, equiparando-se aos países mais desenvolvidos. A posição do Brasil é intermediária entre os países da América do Norte e do Sul.

A discussão da relação, entre a qualidade de vida e a possibilidade de sobrevivência ao primeiro ano de existência, tem provocado, nos últimos anos, como descreve Duarte (1992), persistente queda do indicador nos países em crise econômica ou sob condições recessivas, como o exemplo do caso do Chile e Costa Rica, na América Latina, ratificando, deste modo, a importância do papel do Estado na definição desse índice.

Pode-se citar aqui o exemplo de Cuba em que em 24 anos (1975-1999), o indicador MI baixou de 25,5 por mil nascidos vivos para 6,4. Possivelmente, esta queda experimentada neste país é resultado de uma política econômica, social e especialmente de saúde. (<http://www.infomed.sld.cu>, 21/08/00).

No Brasil, historicamente, os níveis de mortalidade também apresentam diminuição de seus indicadores. Pode-se dizer que a redefinição do perfil do setor saúde, a partir da década de 70, com a expansão da rede ambulatorial com descentralização e ampliação da oferta de serviços básicos, programas para grupos de risco, especificamente, voltados à saúde materno-infantil com apoio de órgãos internacionais como o UNICEF, contribuíram para esta queda.

Vê-se que, apesar da desigualdade social e da crise prolongada, a redução da mortalidade infantil seguiu uma trajetória bem definida na década de 80 e início dos anos 90 pela ação dos serviços médicos-sanitários, sobretudo no campo preventivo como descrevem Oliveira e Mendes (1995). Estes mesmos autores, ainda, sugerem como um fator novo e emergente, a participação e conscientização embrionária de várias comunidades, associações e entidades governamentais, profissionais e pessoas que tomaram para si o empenho e a divulgação das tarefas, das mais simples às mais complexas e custosas.

Neste sentido, concordo com Monteiro *apud* Duarte (1992:415-416), quando afirma :
“a relação qualidade de vida - possibilidade de sobrevivência no primeiro ano de vida pode

ser, e efetivamente vem sendo, modificada ao longo do tempo e das estruturas sociais”. Para ele, “ o aspecto dinâmico desta relação implica, obrigatoriamente, a inclusão do estudo de todos os fatores capazes de modificá-la, sem o que corre-se o risco de interpretar erroneamente a relação.”

Este coeficiente poderá ser avaliado além dos óbitos totais de crianças menores de um ano, por seus componentes neonatal e pós-neonatal ou tardia, por tempo de vida. Na mortalidade neonatal - de zero a vinte e oito dias, poderá ser precoce, até seis dias, ou tardia, de sete a vinte oito dias. Na pós-neonatal ou tardia, estão compreendidos os óbitos ocorridos no período de 29º dia de vida até doze meses incompletos. É importante o comportamento desses componentes e suas causas, pois representam o reflexo de diferentes aspectos da reprodução social que irão desenhar o perfil de cada grupo ou região, identificando a influência das políticas públicas específicas e o impacto das condições estruturais da sociedade.

Pode-se colocar, junto a estes componentes, o Coeficiente de Mortalidade Perinatal, que abrange desde os natimortos (nascidos mortos) a partir da 20ª semana gestacional e, entre os nascidos vivos, de zero a seis dias.

Nos Estados Unidos, como demonstra os escritos de Meyers (1988) descrevendo as disparidades na mortalidade, a miséria exerce influência sobre a sobrevivência da crianças. A MI, nesse país, é baixa, com maior predominância do período neonatal e, diretamente, relacionada ao baixo peso ao nascer, o qual o autor relaciona à pobreza na desnutrição da mãe, falta de instrução como o fumo e desnutrição durante a gestação.

Ainda nos Estados Unidos, segundo Kosu et al (s.d.), entre 1992 e 1993 a tendência da morbimortalidade infantil foi de queda, assim como nas quatro décadas anteriores. No Canadá, em 1990, o índice de MI foi de 7 ‰ nascidos vivos, sendo uns dos mais baixos do mundo de acordo com o Bureau of Chronic Disease Epidemiology. Ainda, segundo esse mesmo autor, comparando o Sistema de Saúde do Canadá em relação à Austrália, França , Finlândia, Alemanha, Suécia e EUA, este último apresentou a mais alta taxa de MI (Canadian Center for Health Information).

Segundo Biritwum apud Kosu (s.d.) denota que a mortalidade infantil na Uganda, a MI foi estimada em 126‰, sendo o sarampo a maior causa de morte (38%) em 1994. Em Camarões, constatou-se que as crianças mais vulneráveis eram aquelas que moravam em áreas rurais, com mães desprovidas de educação, solteiras ou polígamas. Na Argélia, segundo Bendib apud Kosu (s.d.) a prematuridade foi o fator que mais matou antes que o bebê completasse um mês de vida (31,9%).

Szwarcwald et al. (1997:514), num estudo sobre a MI no Brasil na década de 80, concluem que, à luz deste indicador, existem dois Brasis, aquele que se encaminha rumo ao nível dos países desenvolvidos, como a Bélgica, e outro que permanece em condições precárias de vida, tal qual a Índia. Mas ainda teria um Brasil intermediário que poderia ser comparado com a Bulgária (MI entorno de 15/1000NV). Na análise realizada por este estudo, os estados que tiveram melhor desempenho foram Rio Grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro. Finalizam dizendo: *“...é triste mostrar que o desenvolvimento social de Brasil ficou muito aquém do que de outros países durante a década de 80 e, deveras constrangedor, apresentar a realidade crua das nossas estatísticas de saúde, flagrando as precárias condições de vida de grande parte de nossa população”*.

Vê-se no Brasil, a partir da década de 80, pelo menos em documentos oficiais, uma tentativa de atuação mais efetiva na MI. Em 1984, o Ministério da Saúde, com o desafio de enfrentar os fatores condicionantes e determinantes da MI, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, visando à promoção da saúde da criança de forma integral, dando prioridade ao atendimento aos grupos de risco, melhorando a qualidade desse atendimento e aumentando a cobertura dos serviços.

Em 1990 o Brasil participou da Reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância sendo signatário, com mais 158 países, da Declaração Mundial sobre Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança, assumindo 26 metas em favor desde grupo etário a serem atingidas até o ano 2000. Destas, dezenove são referentes a atuação do setor saúde.

Em abril de 1994, as metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância, foram referendadas em nível regional na 2ª Reunião Americana sobre Infância e Política Social —

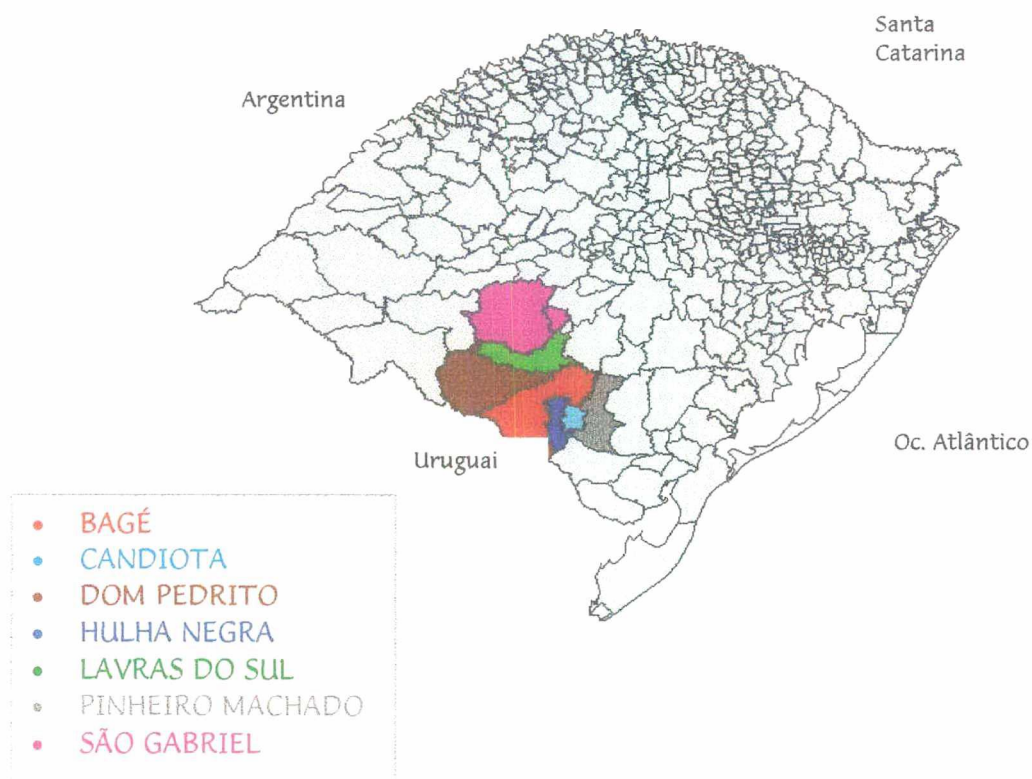
"Agenda 2000: Agora as Crianças", realizada em Bogotá/Colômbia. O Brasil incluiu-se aos 28 países presentes, associando o Compromisso de Nariño, que coloca o desenvolvimento humano como prioridade na política econômica e social dos países.

Em 1995, há a implantação do Projeto para a Redução da Mortalidade na Infância, o qual integra o Programa Comunidade Solidária da Presidência da República, visando a ampliar a capacidade do setor saúde para o atendimento integral à criança de zero a cinco anos, fazendo com que a luta pela mortalidade na infância torne-se um propósito de consenso nacional, promovendo a articulação intersetorial com a educação, agricultura, saneamento, segurança alimentar e meio ambiente.

O documento do Governo Brasileiro enfocando alguns resultados desse anos de implementação dos programas voltados à saúde da mulher, criança e adolescente, relata o declínio da MI e na Infância, declínio da mortalidade por diarreia, doença imunopreveníveis e infecção respiratória, erradicação da poliomielite, aumento da cobertura de saneamento básico, aumento da cobertura de pré-natal e aumento da cobertura de partos hospitalares. Indica, ainda, algumas áreas, onde os progressos foram menores, apontando a necessidade de serem prioridades para ação, que são: a prevalência do baixo peso ao nascer - BPN, disparidades entre a situação de saúde e nutrição das zonas urbanas e rurais e o aumento gravidez na adolescência (Ministério da Saúde, 1997).

Neste momento, entendo ser relevante apresentar alguns elementos do Rio Grande do Sul - RS, em relação ao indicador mortalidade infantil, dando subsídios concretos dentro da realidade que se quer de trabalhar.

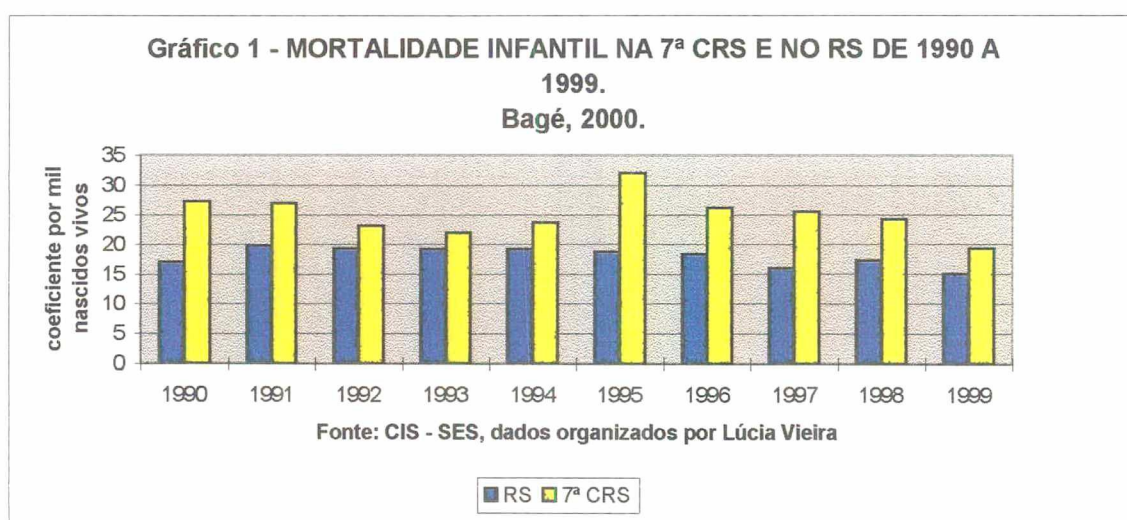
Esse Estado tem 9 637 682 habitantes, com uma área de 269153,90 km², uma densidade demográfica de 35,81 hab/km². Está dividido em 467 municípios os quais estão agrupados em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS, de acordo com algumas características e distâncias regionais. O mapa a seguir mostra a 7ª Regional de Saúde e os sete municípios que a compõe e sua localização no Sudoeste do Estado do Rio Grande do Sul.



Em relação a MI no Rio Grande do Sul, nas últimas duas décadas, percebe-se uma redução do número de óbitos de menores de um ano, com um decréscimo médio anual de 5,86%, no período de 1970-1991. Desde 1992, com a implantação do Sistema de Nascidos Vivos – SINASC, para este cálculo, o RS manteve sua posição de menor índice de mortalidade infantil do país (SSMA, 1993).

Como o Brasil, o RS também apresenta diferenças marcantes nas suas diferentes regionais de saúde. Diferenças não só sanitárias, mas econômicas e sociais importantes.

A 7ª CRS, abrange os municípios de Bagé², Candiota³, Dom Pedrito, Hulha Negra³, Lavras do Sul, Pinheiro Machado e São Gabriel, totalizando uma área de 23778,10 km², com uma população de 255 833 hab. (estimativa do IBGE p/ 1999), com uma densidade demográfica em torno de 10 hab/km². Economicamente a principal atividade é a agropecuária, assentada em uma estrutura fundiária com o predomínio de propriedades com mais de 500 ha. (Gov. RS, 1999). O número de nascidos vivos, em 1999, foi de 5277 crianças.



O indicador mortalidade infantil, na 7ª CRS, comporta-se como a do RS, em declínio, principalmente a partir de 1996, como mostra o Gráfico 1 anterior, mas sempre sendo superior à média estadual, estando em lugar desprivilegiado nos últimos 5 anos, sendo a regional do maior índice de MI do Estado do RS. Alguns desses indicadores do ano de 1998, poderão ser visualizados nos Anexos 1 e 2.

Os municípios que compõem a 7ª CRS estão assim distribuídos por população respectivamente (estimativa do IBGE para 1999): Bagé com 120 793 hab., Candiota com 7 798 hab., Dom Pedrito com 39 918 hab., Hulha Negra com 4 690 hab., Lavras do Sul com 7

² Município sede da regional

³ Municípios emancipados de Bagé em 1992

253 hab., Pinheiro Machado com 13 316 hab. e São Gabriel com 65 065 hab. (mais dados no Anexo 3).

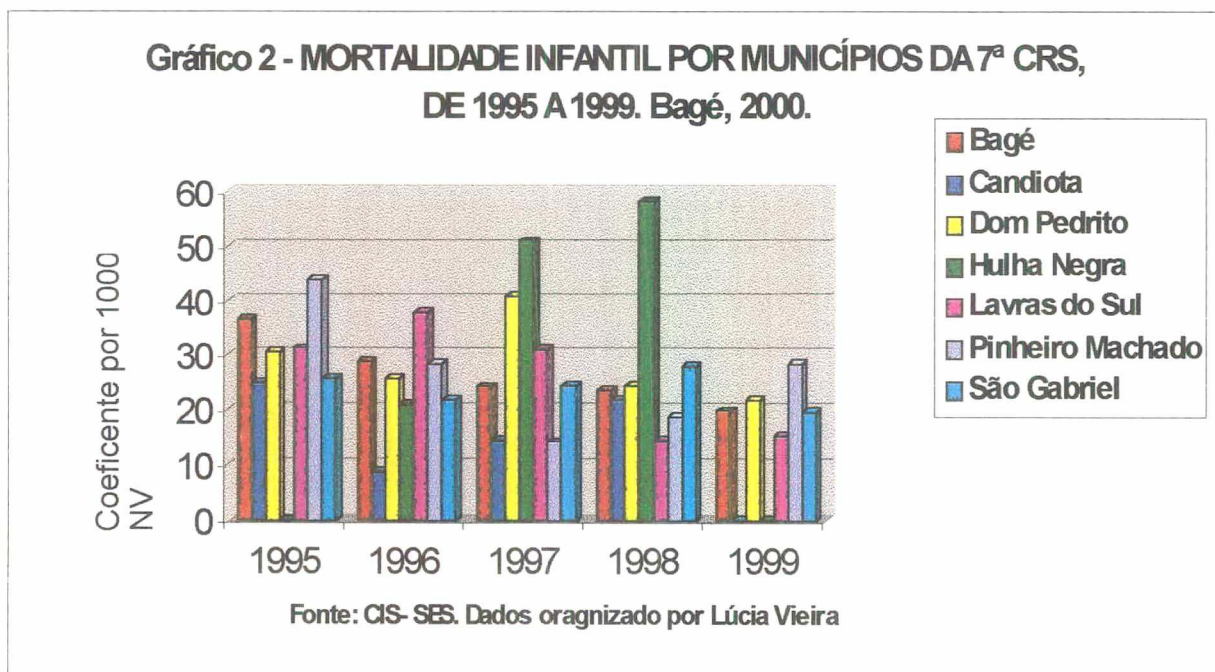
Todos estão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica⁴ desde 1998, com exceção de São Gabriel que foi recentemente habilitada (junho de 2000). Perante essa condição de habilitação, os municípios têm, como responsabilidade o desenvolvimento das ações da atenção básica. Todos, partindo das suas peculiaridades, têm estruturado sua rede de serviços, contam com os Conselhos Municipais de Saúde estruturados e em funcionamento e os Fundos Municipais de Saúde operativos. Exceto Bagé e São Gabriel (os maiores municípios), os outros contam com o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde - PACS e dois com projetos para implantação do Programa da Saúde da Família - PSF.

Em relação ao Serviço Hospitalar, com exceção de Candiota e Hulha Negra, todos contam com esse tipo de atenção, no geral são hospitais de pequeno e médio porte, sendo a Santa Casa de Caridade de Bagé a referência Regional.

A Mortalidade Infantil nos municípios da 7ª CRS, tem se comportado de maneira bem desigual como mostra o Gráfico 2 a seguir.

A explicação para o aumento da mortalidade infantil no município de Hulha Negra no ano de 1998, por se tratar de um município pequeno, e o conseqüente pequeno número de nascidos vivos, tiveram seis óbitos sendo que quatro deles por mal formação congênita, sendo estes uma tendência não encontrada em outros anos.

⁴ Condição de habilitação prevista na Norma Operacional Básica 01 de 1996 (NOB 01/96) do Ministério da Saúde



Buscando forças nas palavras de Szwarcwald et al. (1997:514) exponho os motivos deste estudo: *“... é muito mais desolador, é colorir um quadro patético para uma sociedade desinformada que, percorrendo um caminho singular de desigualdades, não sabe, até hoje, reivindicar o direito à vida de suas crianças”*

Além dos motivos acadêmicos, o estímulo para o estudo da questão da MI na minha regional, transcende a lógica quantitativa, e traz subsídios para entender melhor o comportamento desse indicador, com possibilidades de intervenção na realidade concreta de cada município.

Pelo a cima exposto, o presente trabalho pretendeu responder a seguinte questão de pesquisa:

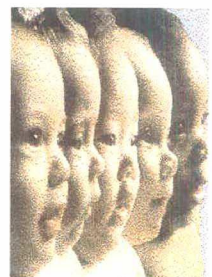
Em que medida os fatores econômicos e sociais e os serviços de saúde explicam os níveis e variações da mortalidade infantil ?

Para atender essa questão, apresento a seguir os objetivos:

1. Identificar as características relevantes da mortalidade infantil através de um estudo comparativo entre os nascidos vivos que morrem e os que não morrem, antes de completar um ano, na 7ª Coordenadoria Regional de Saúde, no período de 1998;
2. Identificar entre os gestores municipais e os profissionais da área materno-infantil da 7ªCRS, as possíveis explicações da mortalidade infantil em seus respectivos municípios.

"... só quando ... obedece a interesses emancipatórios e enriquecedores (a teoria) torna-se ética e verdadeiramente teoria e pode, então viabilizar uma práxis que, desenvolvendo as potencialidades inscritas no próprio real, de forma objetiva, faça do homem o que ele deve ser".

Mendes Gonçalves



III REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, são abordadas algumas idéias, partindo da noção de Estado e das Políticas Públicas, notadamente a de Saúde, entendendo como atualmente estão estabelecidas no sentido de dar, ou não, aporte aos programas desenvolvidos, envolvendo relação direta com os aspectos econômicos e sociais, determinantes ligados à Mortalidade Infantil, objeto de conhecimento proposto neste estudo.

Inicialmente será oportuno fazer referência sobre a compreensão do papel do Estado e das Políticas Públicas, debate que atualmente vem sendo limitado somente à questão da crescente limitação fiscal frente aos inúmeros encargos que vem assumindo.

É importante essa discussão porque, sob nosso juízo, tem relação direta com o indicador MI. Como diz Marx apud Fernandes (1988:31): “... o Estado⁵ se funda na *contradição entre o público e a vida privada, entre o interesse geral e o particular*”.

Por outro lado, o Estado não pode se expor aos cidadãos simplesmente como um produto de antagonismos ou contradições, o que causaria uma guerra aberta entre as pessoas. Assim, aparece para a sociedade fetichizado, isto é, “*na consciência e na prática das pessoas tende a aparecer de forma abstrata*” (Fernandes, 1988:32).

Explicitando um pouco mais essa questão do Estado e sua importância para o

⁵ Embora Marx não tenha definido literalmente a questão do Estado, em seus escritos, especialmente quando analisa os sistema capitalista, vai construindo-o, diz ele: “... o Estado nem paira sobre a sociedade civil nem expressa a vontade geral”. Entende que o “Estado está inserido num jogo de relações entre as pessoas, os grupos e as classes sociais” (Marx apud Fernandes, 1988:30).

entendimento dos fatos em saúde, continuo citando Marx quando este faz a relação entre o Estado e Sociedade, e diz: *“Como o Estado é a forma sob a qual os indivíduos de uma classe dominante fazem valer os seus interesses comuns, na qual se condensa toda a sociedade civil de uma época, segue-se disso que todas as instituições comuns têm como mediador o Estado e adquirem, através dele, uma forma política.”* (Marx, 1958:69).

Hoje, nos países centrais, o eixo da discussão é o fenômeno da globalização, a crise do *Welfare State*⁶, como pano de fundo, para a defesa do neoliberalismo. Nos países periféricos, essa discussão tem o mesmo eixo, seguindo rumos marcados pela aguda crise fiscal, a globalização, traduzindo necessidades de ajustes estruturais da nova ordem econômica, e pelas profundas desigualdades sociais (Cohn, 1997).

A proposta de reforma do Estado está necessariamente ligada a esse processo de globalização da economia. Este processo é interpretado por alguns como uma nova fase de acumulação do capitalismo, a busca de novos mercados para o capital transnacional, modificação das formas de acumulação ou economia informacional como colocam Ortiz et al (1996).

No que toca, especificamente, à política social, na qual a política de saúde se insere, essa dinâmica está marcada pelo debate em torno do esgotamento do *welfare state*, questionando-se a validade da política social como um meio adequado, legítimo e efetivo para suprir as inúmeras carências dos indivíduos na sociedade. A crise econômica impõe limites objetivos que foram utilizados politicamente.

A elaboração das propostas de reforma na área social tende a centrar sua crítica ao na oferta de serviços e benefícios, com especial ênfase àqueles vinculados à proteção social, em que as premissas centrais que fundamentam essa perspectiva referem-se à sobrecarga estatal frente às demandas exacerbadas pela crise econômica e à força dos grupos de interesse.

⁶ Estado de Bem-Estar Social – “Conceituado como o Estado que oferecia proteção governamental mínima em níveis de renda, alimentação, saúde, habitação e educação, assegurados a cada cidadão como um direito, não como caridade” (Wilendky apud Vianna, 1997:201)

A macroeconomia dos processos de ajuste constitui a essência das reformas econômicas nos anos 80 e 90. A piora das condições de vida e saúde das populações da região latino-americana aparece como um dos resultados mais impactantes, colocando a questão da equidade no centro das agendas reformadoras, surgindo propostas de transformação produtiva, com equidade, e de reformas voltadas para a superação das desigualdades setoriais.

Um trabalho publicado pelo Centro Econômico para a América Latina -CEPAL, demonstra como as políticas de ajuste tiveram efeitos devastadores sobre a desigualdade e a pobreza em toda América Latina. Cita o México, Brasil, Chile e Argentina como alguns dos casos incluídos na longa lista de países que, nos anos 80, tiveram significativa diminuição dos salários, crescimento considerável da pobreza e concentração de riqueza (Gerschman, 1995).

A política social teria que ter, como princípio orientador, a busca da equidade. Faz-se, então, necessário definir, adequadamente, o modo de aplicar tal princípio, cujos limites políticos são claramente colocados pela decisão sobre a destinação dos recursos. Para os serviços de saúde, recomenda-se uma política compensatória baseada em princípios de seletividade de base territorial e focalização nos mais necessitados, além de definição de prioridades, trabalhando com uma concepção limitada do social (Almeida, 1997).

Em relação ao papel do Estado, concordo com Tavares apud Cohn, (1997:103) quando fala:

“Não basta desregular, privatizar e tentar reduzir o tamanho do Estado, como ensina a política neoliberal. Há que tentar reestruturá-lo e mudar seu padrão de financiamento, além de vincular a forma de gestão e regulação pública. É verdade que um Estado forte e ágil e não um big government, paralisante, em sua capacidade de intervenção e regulação eficientes não deveria desaparecer e sim fortalecer-se para poder encaminhar reformas institucionais necessárias, tanto para o mercado como para o próprio Estado”

A recomendação de redução do Estado ao desempenho de certas funções mínimas é o componente central da ideologia neoliberal. No entanto o elemento central seguido por Reis (1997) de qualquer projeto nacional é o desenvolvimento econômico onde teria que ser

sinônimo de um projeto social, com prioridade inequívoca ao valor da promoção sócio-econômica dos amplos contingentes de excluídos.

A decisão do Governo Brasileiro de implementação de políticas neoliberais no início da década de 90, postulavam como central o Estado mínimo e a inserção do Brasil na modernidade (no mercado internacional) e essa implementação já apresentava perspectivas assustadoras na tendência de crescimento da pobreza e das desigualdades (Gerschman, 1995).

Realmente, num país, onde quase 50% da população beira o limite da pobreza absoluta, a situação requer a intervenção do Estado na área social mediante políticas públicas. A pobreza e riqueza em proporções exageradas, tornam-se uma ameaça à democracia brasileira em fortes proporções. Isso tem estreita relação com o modo de vida das pessoas, a sua saúde e o modo de adoecer e morrer.

Entretanto há um embate político e econômico para enfrentar essa questão. Laurel (1994:10) coloca que a proposta do Banco Mundial, em seu informe sobre o desenvolvimento mundial-1993, é de que o Estado deve compatibilizar-se com a doutrina neoliberal, *“colocando a saúde no âmbito do privado e, somente sob certas condições, como tarefa pública”*.

Essas políticas de ajuste fiscal, impostas pelos organismos financeiros internacionais, ampliam a pobreza e aprofundam as desigualdades. Recomendam, para o alívio destas, políticas focalizadas dirigidas aos grupos mais vulneráveis (Escorel e Giovanella, 2000).

Esta condição está bem presente em nosso país quando observamos o descaso com o setor saúde por parte do Estado, não disponibilizando recursos suficientes para enfrentar os graves problemas sociais, notadamente os da saúde, com altos e sombrios indicadores. Por exemplo, a MI está acima de países muito mais pobres da América Latina.

Embora não se possa negar que, nas últimas duas décadas, houve um aumento considerável da extensão de cobertura (aumento quantitativo), o mesmo não se pode dizer em relação à qualidade. A acessibilidade aos serviços de bens e consumo, incluindo-se,

especialmente aqui, os serviços de saúde, é denunciada como um dos fatores que contribuem para a diminuição dos indicadores de saúde, embora não seja o primeiro. Possivelmente, seja esse um dos fatores que têm contribuído com a tendência decrescente do indicador MI. Entretanto, o Sistema de Saúde não assegura acessibilidade aos níveis de maior complexidade. Os sistemas de referências não funcionam e muito menos os de contra-referências, fundamentais para garantir a qualidade assistencial.

Um outro aspecto importante na interpretação de nosso objeto de conhecimento diz respeito ao que Laurell (1994) coloca acerca do relatório do Banco Mundial, citado anteriormente. Para esta instituição o Estado deve adequar sua política social às prioridades do ajuste fiscal, o que significa diminuir e estruturar o gasto social público, incluindo o da saúde.

Entretanto, é bom lembrarmos e percebermos que o Estado brasileiro tende a “tornar-se bonzinho”, amortizando os custos sociais e políticos do ajuste imposto à sociedade brasileira, com um discurso de combate a pobreza, de fiscalização dos serviços de saúde sucateados (especialmente os públicos), escamoteando sua prática política privatizante, interferindo na democracia.

A respeito da questão da democracia, Gerschman (1997) coloca esta que deve ser indissociável da construção de sujeitos democráticos. Nessa, o reconhecimento de *si mesmo* e *do outro* se expressa na existência de direitos a serem usufruídos pelo conjunto dos cidadãos. E frisa, que, em sociedade desiguais, a constituição *de si mesmo* é privilégio daqueles que conseguiram alcançar a satisfação das necessidades, enquanto *do outro* se constitui de pessoas desprovidas do direito à subsistência. Afirmando assim que a exclusão social é incompatível com a democracia.

Para Habermas (1999:231), segundo a concepção liberal, o processo democrático desempenha a tarefa de programar o Estado em razão do interesse da sociedade. Entretanto, o Estado, nesta concepção, ***“se concebe como o aparelho da administração pública e a sociedade como o sistema de inter-relação entre as pessoas privadas e seu trabalho social estruturado em termos da economia de mercado”***.

Neste sentido é de fundamental importância que o sentido de cidadania, está intrínseco à democracia, à construção de um Estado democrático com inclusão social e equidade. Compartilho com conceito de Leopardi et al (1995:26-27) quando dizem que:

“A Cidadania se define pela existência de um indivíduo que compartilha interesses do coletivo e trabalha no sentido de sua consolidação para romper com a relação de anomia, quando expressar sua identidade particular não coloca nem acima nem abaixo da identidade dos outros, supondo-se que o livre desenvolvimento de cada um é a condição para a convivência e desenvolvimento de todos. Este homem é aquele que tem seu lugar no mundo e que reconhece o lugar de cada um dos outros indivíduos”.

A cidadania deverá ser medidora da articulação entre os indivíduos de uma sociedade democraticamente organizada e o aparato estatal, soberana expressão e realização política.

Para Escorel e Giovanella (2000:4), a consolidação dos direitos de cidadania em um país supõe uma articulação entre as políticas econômicas e sociais promotoras de uma redistribuição de renda. Reafirmam que a situação de desigualdade social que prevalece, não poderá ser resolvida por meios de ações focalizadas, emergenciais ou setoriais. Reforçam: ***“um modelo de envolvimento que priorize o crescimento econômico com equidade social, no qual as políticas econômicas assumam também a dimensão de políticas sociais”.***

O conceito de equidade em saúde, que tem sido objeto de amplo debate, abarca várias dimensões do problema e estimula a discussão sobre sua operacionalização.

Almeida (1997) ressalta que, segundo vários autores, o termo equidade em saúde se refere a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de consideradas injustas. Portanto, para que uma determinada situação seja identificada como injusta suas causas deverão ser examinadas e julgadas no contexto mais amplo da sociedade, o que remete, necessariamente, aos valores e princípios político-ideológicos que orientam a política setorial num país, em um dado momento histórico.

Algumas questões críticas têm emergido nesse debate, sendo vários os significados de equidade em saúde e raro o consenso em torno de uma definição. As definições operacionais de equidade na área da saúde, explícitas ou implícitas, sempre vão trabalhar em alguma medida com a noção de necessidades diferenciadas de distintos grupos sociais, onde em geral se imbricam os determinantes da diversidade (sexo, idade, raça etc.) com os da diferença devidas à injustiça social (níveis de renda, acesso a bens e serviços etc.).

O princípio de equidade é evidenciado numa perspectiva restritiva, ou seja, de intervenção pública reduzida a um nível básico e com priorização dos grupos populacionais mais carentes, o que pode redundar em resultados menos equitativos.

Almeida (1997) aponta o caráter de *metapolítica* da política social, e o real dilema entre justiça social e equidade que, embora não seja novo nas sociedades modernas, reveste-se hoje de contornos dramáticos, pois atinge, de forma importante, a questão ética, uma vez que antes se supunha ser possível equilibrar os dois parâmetros (escassez e justiça social).

Referendando, neste momento, o conceito de saúde, já exposto no Capítulo II deste trabalho, como resultante das condições de vida de uma população, como poderemos pensar em um sistema de saúde justo e igualitário? Pensando justiça social num processo participativo, com desenvolvimento econômico onde as decisões políticas e ações estão direcionadas para a igualdade de oportunidades.

Para Canesqui (1994), a saúde-doença tem representações sociais que abarcam múltiplas dimensões, como expressões social e individual, envolvendo significações culturais, e relações, como manifestações das contradições sociais e da luta política. Salienta ainda que este processo é totalizante, por abranger a concepção do ser humano como corpo, alma, matéria, espírito, relações afetivas e as condições de vida e de trabalho.

Compactuando com esta idéia, de que o ser humano é um ser em relação, um sujeito coletivo⁷ e histórico⁸, a saúde e a doença, fundamentam-se nas ciências sociais, onde ele

⁷ sujeito coletivo = um ser social, atividade vital dos homens, incluindo sua interação com a natureza, uns com os outros na produção social (Burlatski apud Egry, 1996)

deverá ser visto como um todo, uma unidade entre o psíquico, o biológico e o social, sem fragmentações.

Para Egry (1996:57), o homem é: *“um ser de vida social que, ao pertencer a diferentes classes sociais, (detém) condiciona diferentes condições de vida, de saúde e de assistência à saúde. É um ser histórico porque, transformando-se, transforma a sociedade: é produto e produtor da vida social”*

Quanto à determinação desse processo, concordo com Laurell (1982:157), quando diz: *“ o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza, em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e as relações de produção”*.

Segundo Possas (1989) a causalidade social da doença está situada na especificidade histórica da sociedade, ressaltando o seu caráter duplo, biológico e social.

O problema da relação do biológico e do social tem uma extraordinária atualidade no mundo científico em nossos dias. Segundo Dominguez (1987:25), o estudo desta relação parte de determinadas visões de mundo existentes e de idéias filosóficas. Para ele, é necessário o desenvolvimento de concepções metodológicas que permitam manifestar não só o que é biológico ou o que é social, mas o modo em que se realiza esta inter-relação. E ressalva, *“La sociedad no es algo abstrato com respeito a los individuos y el individuo sólo es tal por vivir en determinando en determinadas condiciones sociales. Su fuerza se mide, precisamente, por la fuerza de la sociedad en que vive”*.⁹

Nessa relação, que não é muito simples, vemos, muitas vezes dentro, e até mesmo dos órgão formadores na área da saúde , que esta questão é escamoteada da discussão, pois é bem mais complicado fazê-la quando não se tem argumentos, sendo mais fácil omiti-la.

⁸ sujeito histórico = o vir-a-ser contínuo das transformações sociais (Demo apud Egry, 1996).

⁹ “A sociedade não é algo abstrato com respeito aos indivíduos, o indivíduo só é tal por viver em determinadas condições sociais. Sua força se mede, precisamente, pela força da sociedade em que se vive”

Cabe, neste momento, colocar o conceito de **sociedade**, pois o mesmo permeia todo este trabalho; é o espaço geopolítico onde as relações do ser humano, entre si e a natureza, irão ocorrer. Concordo com Egry (1996), quando expressa que esta sociedade está em permanente transformação; está, sempre, criando-se e recriando-se pela ação do humano em um processo em que o homem é também transformado.

A sociedade brasileira está baseada num modo de produção capitalista periférico, incluindo em seu âmbito, relações distintas e conflitantes, ocorrendo, assim, diferentes classes sociais com diferentes condições de vida e diferentes condições de saúde-doença. Reforçando esta idéia é importante de relacionarmos com os indicadores de saúde, especialmente a MI, esta concepção do social e das diversidades que a sociedade impõe.

As práticas de saúde estão articuladas, ao modo de produção vigente, às políticas sociais como parte de um processo histórico, coletivo, organizado socialmente visando atender a carecimentos sociais (Almeida & Rocha, 1997).

No Brasil as políticas públicas desempenham um papel importante na consolidação de uma ordem nacional que sempre manteve traços antidemocráticos, cujas raízes se encontram na estrutura social existente e já comentada. Os interesses contraditórios, enraizados no solo político brasileiro, manifestam-se com muita intensidade na política de saúde.

As propostas de mudanças nessas políticas, através de uma reforma sanitária, têm sido aspirações desde os anos 60, que foram impedidas por boicotes, obstruções, interesses internos e externos às instituições de saúde, o que dificultou transformações consistentes e duradouras (Luz, 1994).

Em termos políticos, os anos 80 representaram um esforço da sociedade Brasileira para a criação de um Estado verdadeiramente democrático, após duas décadas de ditadura. Na política de saúde algumas medidas importantes: a concepção de saúde como um direito civil — um direito de todos cidadãos e um dever do Estado, possibilitou o acesso da população aos serviço de saúde. Discutida na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, essa questão

suscitou acaloradas discussões, e só em outubro de 1988, com a nova Constituição é reconhecida formalmente esse direito de cidadania.

Como destaca Luz (1994:136): *“A percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado novo na história das políticas sociais brasileiras. Essa percepção é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde do fim dos anos 70 início dos 80.”*

A Constituição Brasileira de 1988 consagrou a expressão seguridade social, até então, oficialmente, não existente, para designar um padrão de proteção social que se queria abrangente e redistributivo. O conceito de seguridade, universalidade da proteção, a irredutibilidade de valores pagos, a equidade na forma de participação do custeio, a diversidade de financiamento, o envolvimento da comunidade nas decisões e o caráter democrático e a descentralização da gestão, foram os princípios inscritos na Carta que, sem dúvida, respondem aos anseios manifestos por vários segmentos da sociedade (Werneck Viana, 1997).

A viabilidade do processo da Reforma Sanitária Brasileira, de transformação social e do sistema de saúde em direção às melhores condições de saúde para o conjunto da população, repousa, portanto — embora não se restrinja a este aspecto — na qualidade e na abrangência das informações disponíveis.

É a possibilidade de acesso às informações realistas acerca de morbimortalidade existentes que permite ampliar a consciência sanitária da população e dos profissionais de saúde, resgatando o conceito de prevenção como o conceito revolucionário de transformação social para a saúde. Essa conceituação exige que a nova base de informações passe a referir-se a um conceito bem mais amplo de saúde (Possas, 1988).

A utilização da epidemiologia como um instrumento de planejamento na programação, acompanhamento e avaliação da política social, em saúde, tem sido amplamente recomendada pelos organismos internacionais e foros nacionais nesse campo, pois nenhuma área médica guarda tanta relação com os processos sociais e com a evolução do mundo quanto ela, identificando grupos vulneráveis com necessidade de proteção especial.

A epidemiologia, ao ser definida como a disciplina básica da saúde pública, passa a ter como responsabilidade gerar conhecimentos, informações e tecnologias que embasem as políticas de prevenção e controle das doenças e outros eventos na saúde.

Estes conhecimentos gerados contribuem para o entendimento das causas determinantes e raízes históricas dessas doenças e eventos, permitindo uma maior interferência sobre os fatores que modificam o curso da história desses agravos, e ampliando a capacidade de prever e modificar suas tendências (Barreto,1998).

Reforçando ainda mais a relevância desta ciência, que também instrumentaliza a discussão e interpretação da Mortalidade Infantil no Estado do RS e, especialmente , na 7ª Coordenadoria Regional de Saúde, objeto deste estudo, faço aqui, inicialmente, algumas leituras e interpretações acerca da mesma, pois considero fundamentais para o fortalecimento de ações que sejam inovadoras e tragam as transformações sociais tão almejadas em nossa sociedade.

O uso da epidemiologia nas análises contextuais tem como premissa básica o histórico e o social. É com esta base que entendo esta ciência, para que não olhemos o indicador mortalidade infantil como algo “frio”, passageiro aos sentidos, que somente passa, não fica, indicando que o direito a vida é negado, para que não olhemos nossos indicadores de saúde no contexto de um capitalismo globalizante, na perspectiva de um darwinismo social, que elimina os menos aptos, os mais lentos, como fala Sevalho (1999).

A epidemiologia que vislumbro na minha prática social é aquela que discute as doenças, as desigualdades e as injustiças, complexamente, interligadas. Neste sentido, parto da concepção social da epidemiologia, concepção essa defendida e construída, por muitos autores, dentre eles: Almeida F.º , Barreto, Barata, Breilh, que a seguir explicito, exatamente por revelarem o social, que a orientação positivista tentou e, em certas condições e momento histórico, conseguiu escamotear.

Como sabemos, a orientação positivista banaliza toda e qualquer preocupação histórica. O ato de medir se sobrepõe à reflexão analítica e explicativa dos fenômenos.

Segundo Santos (1990:52-53), os fenômenos são mostrados como supostamente devem ser, segundo as necessidades impostas pelo planejamento, e não como realmente são. Este mesmo autor entende que: ***“não existe oposição entre o quantitativo e o qualitativo. Tudo o que é apresentado sob uma forma quantitativa é a transmissão numérica de um fato ou de uma visão baseada em uma seqüência”***.

Embora não negue a realidade dos números, minha precedência é relativa ao qualitativo, pois este processo que defendo aqui, exige um julgamento de valor e uma escolha de posição teórica que tem relação/consonância com a realidade concreta.

Para muitos, ao estudar o indicador Mortalidade Infantil pode parecer um estudo apenas quantitativo, entretanto, vale sempre lembrar que ele sintetiza em termos numéricos, a qualidade de vida de um povo. Ele mesmo é um indicador qualitativo, se morre ou não, isto é, uma variável descontínua, o que a classifica como qualitativa.

Como foi referido anteriormente, admito os conceitos de epidemiologia descritos abaixo, exatamente por compreender que os mesmos não trabalham questão da relação biológico e social numa posição extremada.

Assim é que Breilh (1990:69) coloca que: ***“a epidemiologia crítica deve sustentar um debate do mais alto nível para defender um linha objetiva de pensamento e fortalecer os enfoques mais penetrantes e renovadores da prática, em defesa da vida do ser humano”***.

Barata (1998:24) pensa a epidemiologia: ***“não como fornecedora de descrições acerca da magnitude e da distribuição das doenças, mas como viabilizadora de um projeto de organização das práticas, coerente com a explicação da gênese do processo saúde-doença em populações, o que significa pensá-la como tecnológica”***

Barreto (1998:109) reconhece: ***“o papel primordial da epidemiologia na pesquisa sobre a saúde da população, entende que o desenvolvimento do conhecimento é realmente necessário para fundamentar as práticas de promoção da saúde. E para a condução das***

mudanças necessárias na organização dos serviços de saúde necessita de abordagens multidisciplinares“.

É importante salientar o papel transformador da epidemiologia. Barreto (1998) coloca que as conseqüências do conhecimento das desigualdades no risco de adoecer estão nos impasses de transformar esse em ações de promoção e prevenção. Silva, Paim e Costa (1999), situam que o estudo das desigualdades tem sido relevante não só para auxiliar a compreensão do complexo processo de determinação das doenças, como, sobretudo, para relacionar a possibilidade de utilização dessa informação para a adoção de estratégias intervenção sanitária.

Para Barreto (1998) as desigualdades em saúde tem sido apresentadas sob duas diferentes formas. A primeira: relativa à chance de ficar doente, que reflete a distribuição desigual dos determinantes sociais, culturais e ambientais das doenças e, a segunda: em estando doente, relativa o acesso ao cuidado que, em uma sociedade de mercado, reflete a capacidade de consumo dos diferentes grupos desta sociedade.

Continua o autor, no mundo real, são necessários transformações e intervenções complexas, que no geral, estão fora da capacidade da intervenção dos epidemiologistas ou de outros profissionais da saúde coletiva. Neste contexto, cabe à epidemiologia, através do seu patrimônio conceitual e metodológico, desnudar as desigualdades em saúde, transformando o conhecimento produzido em fundamentos para estratégias que possam reduzi-las (Barreto, 1998).

É preciso, portanto não desqualificar os indivíduos, tornando-os simplesmente *“unidades estatísticas independentes”*, como fala Goldberg apud Sevalho (1999:128), *“ignorando-se completamente a existência das relações sociais nas quais as representações, os comportamentos, os saberes e os modos de vida são produzidos”*.

Pensando desta maneira, torna-se impreterível se falar em qualidade de vida, onde a estatística e a epidemiologia deverão ser instrumentos que possibilitem a sua verificação, não

se expressando somente em números, mas em compreender que cada número encerra uma qualidade.

A qualidade de vida para Minayo, Hartz e Buss (2000:10), é uma noção eminentemente humana que, de um lado, está relacionada a modo, condição ou estilo de vida, incluindo idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana e, por fim, relacionado-se ao campo de democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. Dizem ainda: *"no que concerne a saúde, as noções se unem a uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si"*.

Qualidade de vida, portanto, não está nem acima nem abaixo de qualquer interpretação, seja ela quantitativa ou qualitativa, mas ela mesma é o centro da discussão que deve contemplar o fenômeno em todas as dimensões. Compreendê-la significa entendê-la na dimensão objetiva e subjetiva da vida humana. O que nos leva a pensar que são necessárias medidas que intervenham para modificá-la quando esta estiver demonstrando um processo de desigualdade.

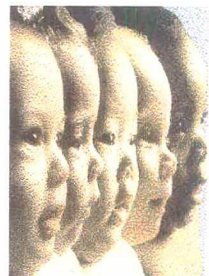
Finalizando coloco a construção de alguns pressupostos, que servirão de auxílio na análise dos dados descritos anteriormente:

- A forma como o Estado percebe e constrói estratégias político-sociais determina o modo de nascer, viver, adoecer e morrer. E políticas de ajuste e a desresponsabilidade com a construção de um sistema de saúde equânime fazem com que um país, como o Brasil, de dimensão continental e de riquezas estratégicas, tenha um indicador de mortalidade infantil desigual e em patamares elevados.
- A mortalidade infantil está diretamente relacionada ao modo de vida da população que não experimenta a acessibilidade aos bens e serviços.

- Os serviços locais de saúde não se constituem um espaço geográfico populacional e social, no qual tem que encontrar expressões concretas das políticas e estratégias de saúde, adequadas às realidades, necessidades e problemas das localidades.
- Os gestores municipais de saúde não se utilizam da epidemiologia para a programação, planejamento e avaliação em saúde, possivelmente por desconhecimento ou opção política.
- A mortalidade infantil no Brasil, e em especial no RS e, na 7ª CRS, experimenta uma diminuição. Possivelmente, esta queda deve-se ao fato da extensão de cobertura, também extensiva (quantitativa). Provavelmente, com uma extensão intensiva (qualitativa) dos serviços de saúde possa este indicador baixar em níveis mais desejáveis e aceitáveis.

*"Se um homem começa com certezas,
terminará duvidando, porém se se contenta
em começar duvidando, terminará possuindo
certezas".*

Francis Bacon



IV METODOLOGIA

Esse estudo foi realizado no Rio Grande do Sul, mais especificamente nos municípios que compõem a 7ª Coordenadoria Regional de Saúde (Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra, Lavras do Sul, Pinheiro Machado e São Gabriel).

Tem uma abordagem qualiquantitativa em que se procurou uma aproximação de forma progressiva: Estado, Região e indivíduo, na medida em que foram trabalhadas as informações do Estado do Rio Grande do Sul e dos municípios acima referidos, por um lado utilizando-se a análise estatística, que será mais bem detalhada no decorrer deste capítulo. Por outro, o tema em questão, foi abordado a partir das falas de sujeitos que lidam com a criança, com a mulher em período grávido puerperal (médicos e enfermeiros) e do gestor municipal, denominados de informantes-chave e, finalmente, o estudo de caso-controle.

Entende-se, tanto quanto Minayo (1994), que os dados quantitativos e qualitativos não se opõem, ao contrário interagem dinamicamente, não havendo um "continuun" entre eles. É um desafio, pois a maioria dos estudos não estão assim colocados: ou são mais estáticos, ou são quantitativos ou ainda são somente qualitativos.

É um estudo descritivo-analítico, em que foram utilizados os dados já existentes (secundários), cujas fontes serão citadas na seqüência e nos dados das entrevistas (primários).

Coleta de dados

Entrevista com Informantes-Chave

Os informantes-chave foram os profissionais escolhidos, intencionalmente, e trabalham diretamente com o objeto deste estudo, a criança menor de 1 ano¹⁰, na área de abrangência supracitada. Os sujeitos foram os profissionais (médicos e enfermeiros), ligados a área materno-infantil, e os gestores municipais de saúde de cada município referido.

As entrevistas configuram-se como um ponto a mais na análise qualitativa da mortalidade infantil. Para tal, foi utilizado um instrumento semi-estruturado como mostra o Anexo 4. As entrevistas têm a premissa de que a busca da pesquisa qualitativa é resgatar os discursos ou, como refere Lefèvre & Lefèvre (1998), é a recuperação da "fala do social", isto é, dos discursos emitidos por grupos, classes ou coletividades sobre um conjunto vastíssimo de fenômenos sobre os quais é possível, aos indivíduos comuns, pensar.

Fizeram parte da amostra, sete (07) médicos pediatras, seis (06) médicos obstetras, sete (07) enfermeiros que trabalham na área supracitada de cada município integrante da 7ª CRS. O critério de escolha destes profissionais foi o tempo de residência e trabalho no município, prevalecendo o mais antigo e o de ser o único profissional existente no município. Também fizeram parte do estudo os gestores municipais de saúde, os sete (07) Secretários Municipais de Saúde dos municípios da 7ª Regional, totalizando uma amostra de vinte e sete (27) entrevistados. Em um dos municípios não foi possível entrevistar o médico obstetra, mas, como o secretário deste município também presta assistência em obstetrícia, foi incluído no critério estabelecido acima. Assim, acredita-se ter alcançado as informações pretendidas.

¹⁰ Aqui entendida a criança desde a sua concepção até um ano de idade, o que inclui o período de gestação e puerpério, considerando-se neste caso o atendimento no pré-natal e no parto.

A todos foi feito um convite para participar do estudo, assegurando-lhes o sigilo, ao mesmo tempo em que lhes foi entregue o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conforme Anexo 5. Foi solicitada a permissão para fazer o uso de gravador, durante o período da entrevista.

Os Dados da Mortalidade Infantil

Os dados da mortalidade infantil são de duas naturezas: dados de todo o Estado do Rio Grande do Sul por Coordenadoria Regional de Saúde (além da mortalidade infantil, também se incluíram as características econômicas e sociais relevantes) utilizados para a análise do Coeficiente de Correlação de Rango de Kendall, e o estudo de caso-controle dos dados da regional tendo sido, neste grupo de dados, feita a análise multivariada com a técnica de Regressão Logística - RL.

A construção de indicadores de condições de vida, a partir de fontes secundárias, envolve um problema conhecido dos pesquisadores: a ausência de fontes sistemáticas e com nível de agregação satisfatório para os dados (Duarte, 1992).

Para o estudo da mortalidade infantil das regionais que compõem o Estado do Rio Grande do Sul, foram utilizadas as informações disponíveis no documento intitulado "Indicadores Demográficos, Econômicos e Sociais do RS por Município", organizado pela Secretaria Estadual de Planejamento do Rio Grande do Sul com o fim de caracterizar as regiões (ver anexo 6).

Em alguns itens, encontraram-se grandes dificuldades de obtenção das informações, principalmente em setores não diretamente ligados à saúde, como educação, saneamento básico, coleta de lixo, abastecimento de água e energia elétrica, características importantes, pela influência direta no modo viver de um povo e, conseqüentemente, na sua maneira de adoecer e morrer.

As variáveis, construídas inicialmente para o estudo em pauta (para os dados do Estado), foram as que se seguem: população, densidade demográfica, estrutura etária (zero a 4 anos e 65 anos e mais) taxa de urbanização, PIB total, PIB agropecuário, PIB industrial,

PIB serviços, PIB *per capita*, mortalidade infantil, expectativa de vida, anos de estudo, IDH, renda insuficiente, lixo, água, luz, médicos por habitante, leitos por habitante, consultas habitante/ano, cobertura pré -natal por nascido vivo, parto institucional, mortalidade materna, mortalidade de 01 a 04 anos, baixo peso ao nascer e vagas no ensino médio.

Pela insuficiência de dados disponíveis, já referida, fez-se necessário adequar as variáveis. Assim, para a análise a que se propôs este estudo, as mesmas passaram a ser os constantes na Tabela N.º 1 no Anexo 7.

Estudo de Caso - Controle

Num outro conjunto de dados, optou-se pela construção e organização sob forma de estudo de caso-controle.

O estudo de caso-controle é uma pesquisa de natureza retrospectiva, porque tem a conotação de utilizar dados já passados, onde o pesquisador "olha" para trás em busca de elementos para explicar um agravo ou doença, neste estudo os óbitos em menores de um ano.

É uma investigação que parte de grupos de casos devidamente diagnosticados e retroage em sua história, buscando fatores, passados ou atuais, que possam ser atribuídos como causais (Almeida F.º & Rouquayrol, 1990).

Para Fletcher, Fletcher e Wagner (1996), esse tipo de estudo é observacional de fatores de risco. E, continuam dizendo, o delineamento básico consiste na seleção dos casos de um lado e de um grupo que não apresente o agravo, de outro lado, mas, a fora isso, semelhantes pelas características comuns.

Segundo Silva (1995) os chamados casos-controle também são conhecidos como estudos retrospectivos e, devido à sua agilidade e economia com que se desenvolvem, constituem a maneira dominante da investigação contemporânea em epidemiologia. Para a sua análise é muito utilizada a ferramenta da Regressão Logística.

O delineamento desse estudo se deu na população menor de um ano com residência habitual nos municípios abrangidos pela 7ª CRS no ano de 1998.

Os casos são os óbitos ocorridos antes de completar um ano de idade no período estudado e nesta área de abrangência. O pareamento (a seleção dos controles) foi realizada a partir da data dos nascimentos dos casos; Para cada caso foram pareados dois controles: um nascido antes do que nasceu e morreu, e o outro após.

Os casos foram selecionados a partir das Declarações de Óbito - DO, dentro do período e região estabelecida, mas as informações, para serem padronizadas com as dos controles foram retiradas das Declarações de Nascido Vivo - DN, documentos nos Anexos 8 e 9.

A população do estudo totalizou 331 entre casos e controles, e 109 casos (os óbitos). A princípio foram selecionados 333 documentos, mas em virtude de ajustes nas variáveis que compõe os dados para análise, foram extraídos dois (2), por de não conterem os dados previstos, contidos na tabela do Anexo 10, por exemplo idade da mãe, peso ao nascer, duração da gestação, considerados importantes neste tipo de análise.

Primeiramente, os dados selecionados das DNs foram codificados e digitados no Word Excel, após a conversão em arquivos tipo *dbf*, os mesmos foram trabalhados no programa denominado Epi Info 6.0 (software para estudos epidemiológicos), e então trabalhados no programa de Regressão Logística – *Relodi*, de Silva (1995).

A Regressão Logística é um dos instrumentos estatísticos mais expressivos e versáteis de que se dispõe para análise de dados na epidemiologia (Silva, 1995).

O risco relativo é uma razão entre dois coeficiente de incidência. Representa a relação entre esses, ou seja, quantas vezes um risco é maior que o outro. O risco relativo nos estudo de caso-controle é uma estimativa chamada *odds ratio*, (razão de produtos cruzados). São medidas de associação entre o fator em estudo e o desfecho, permitindo que se faça um julgamento sobre uma relação de associação e, presumivelmente, de causalidade. São instrumentos essenciais para a realização de estudos epidemiológicos analíticos (Wagner e Callegari-Jacques, 1998).

A análise dos dados

Entrevista com os Informantes-chave

Para a análise das falas extraídas das entrevistas se utilizou a análise temática, o que, segundo Minayo (1993:208-209) significa dizer que:

“a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e, pode ser graficamente apresentada, através de uma palavra, uma frase, um resumo”. Continua, “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”

Esta técnica, em primeiro lugar, permitiu determinar as frequências absolutas das palavras e estruturas lingüísticas que se relacionavam com as percepções dos informantes-chave acerca da Mortalidade, tendo como objetivo a definição categorial daqueles elementos presentes nos corpos lingüísticos, relacionados à Mortalidade Infantil.

Apresento, a seguir, os procedimentos utilizados, em relação às entrevistas, para a obtenção dos resultados deste estudo:

- As falas dos sujeitos da pesquisa que participaram foram lidas e relidas, com o intuito de evidenciar as falas mais freqüentes em relação ao tema de estudo;
- Na seqüência foi verificado o número de vezes em que apareciam determinadas palavras ou frases;
- Essas frequências absolutas serviram de indicadores da relevância dos termos que mais evidenciavam as percepções dos sujeitos em relação à Mortalidade Infantil.

As entrevistas, uma vez transcritas, foram lidas várias vezes para facilitar a impregnação dos dados contidos nelas. Os corpos lingüísticos foram organizados de tal forma que foram relacionadas, textualmente, todas as frases de interesse para a investigação. Esse passo é importante porque daí decorrem os descartes das produções

lingüísticas, aquelas frases de caráter instrumental ou que não tenham relevância para o objeto de conhecimento desta pesquisa. Em contrapartida, aquelas palavras ou frases, que mais se apresentaram neste estudo, são as que foram utilizadas para a interpretação das percepções dos sujeitos deste estudo em relação à Mortalidade Infantil.

Após as releituras e salientando os pontos relevantes sobre o assunto proposto, foram criadas as categorias para análise, conforme se pode verificar no Capítulo Resultados e Análise.

Mortalidade Infantil

Para a análise dos dados propriamente ditos (dados secundários) foram utilizadas duas técnicas estatísticas, quais sejam: Coeficiente de Correlação de Rango de Kendall (com a utilização do software SPSS) e a Regressão Logística (com a utilização do software Relodi, de Luis Carlos Silva Ayçaguer).

O Coeficiente de Correlação de Rango de Kendall

Nos processos investigativos, freqüentemente, desejamos saber se o fator que se está pesquisando tem correlação com o desfecho, ou ainda conhecer o grau de sua relação, se existir. Segundo Siegel (1970: 226)

“estabelecer uma correlação pode ser somente um passo em uma investigação que tem outros objetivos, como é o caso quando usamos medidas de correlação para provar a confiabilidade de nossas observações. O coeficiente de correlação, por si mesmo, representa o grau de associação. As provas de significação do coeficiente determinam, em um nível de probabilidade declarada, se a associação verdadeiramente existe na população da qual se tomou a amostra”

O Coeficiente de Correlação de Rango de Kendall – r é um dos coeficientes de correlação não paramétricos. Para usar este método de correlação, necessitamos ter dados que sejam possíveis de serem medidos, em uma escala ordinal (Siegel, 1970).

Segundo Siegel (1970) este Coeficiente de Correlação é uma medida que requer que ambas variáveis sejam medidas em uma escala ordinal de maneira que, os objetos ou indivíduos em estudo possam ser colocados em duas séries ordenadas. Para se calcular o r se faz uma lista dos n sujeitos, depois de registrado cada sujeito, anota-se seu rango na variável X e na variável Y.

Quando, pelo menos se alcançou lograr uma medição ordinal de ambas variáveis, X e Y, por exemplo, de modo que a cada sujeito se pode declarar um rango em X e Y, r , dará uma medida do grau de associação ou correlação entre os dois conjuntos de rangos. *“Quando se observa uma correlação entre duas variáveis, sempre poderá haver a possibilidade de que esta correlação seja devida à associação entre cada uma das duas variáveis e uma terceira”* (Siegel, 1970:256)

Para explicitar um pouco mais se tomou de Siegel (1970:256) o seguinte exemplo: *“entre um grupo de crianças de diversas idades que vão a escola, é possível encontrar uma alta correlação entre a amplitude do vocabulário e a estatura. Essa correlação pode não refletir uma correlação genuína ou direta entre essas duas variáveis, mas do fato de que tanto a extensão do vocabulário quanto a estatura, estão associadas a uma terceira variável, a idade”*

Assim, com a técnica r de Correlação de Rangos de Kendall, foi possível controlar os efeitos indesejáveis neste estudo de correlação. Para esta finalidade se construiu uma matriz de análise, que na continuação pode ser percebida. Estas observações conduziram à análise da correlação da variável Mortalidade Infantil nas regionais com os demais indicadores.

A finalidade, portanto, foi a de avaliar a validade dos indicadores já referidos, e, como mostra o Anexo 7, foi utilizado como critério de validade o de – “convergente – discriminante”, o que, segundo Bowling (1994:19), implica em valorar em que grau cada indicador está relacionado com as outras medidas e que, em sua construção, possuem elementos comuns.

Constatou-se que os indicadores com maior poder de associação, são: a urbanização - **URBA**, a escolaridade - **ESCOL**, o Índice de Desenvolvimento humano - **IDH**, a Renda Insuficiente - **RI** e o Índice de Médicos por habitante - **IM**.

Os indicadores relacionados com o Produto Interno Bruto – **PIB**, mostraram associações consistentes entre o indicador global (**PIB**) e seus componentes: Produto Interno Bruto Agropecuário – **PIBA**, o Produto Interno Bruto Industrial – **PIBI**, o Produto Interno Bruto de Serviços – **PIBS** e o Produto Interno Bruto Per capita – **PBIC**, assim como, com o índice de **URBA**, com o de **RI**, com o **IDH** e com o **IM**. O **PIBA** mostrou o vínculo mais baixo em relação aos demais indicadores.

Resultou, particularmente relevante, o achado de que o Índice de Consulta – **IC**, mostrou uma associação significativamente direta entre o **IC** e a **URBA** e uma associação inversa com a Expectativa de Vida – **EXVIDA**, o que pode estar indicando uma insuficiente cobertura de atenção preventiva programada, predominando a atenção curativa à população por demanda espontânea.

A matriz de correlação evidenciou, também, que os indicadores demográficos como: envelhecimento demográfico – **ENVE** e a **EXVIDA** são indicadores pobremente associados com os demais. Entre os indicadores sócio-demográficos, o percentual da população com **RI**, constitui o indicador com maior poder de associação com os demais.

O **IM**, merece um comentário particular. Constatou-se que dito índice está diretamente associado com a **URBA**, com o **PIBI**, com o **PIBS**, com a **ESCOL**, e, inversamente associado com o **RI**, isto é, as regionais com maior proporção de população de baixa renda têm os índices de Médicos por Habitantes mais baixos. Fica evidente a concentração de médicos nas regiões em que apresenta o mais alto grau de desenvolvimento econômico.

Esse processo metodológico permitiu, como pode se verificar no Capítulo de Resultados, o estudo da correlação das variáveis que compõem este estudo e que demonstrou ter influências no índice de Mortalidade Infantil.

Estudo de caso-controle com análise multivariada – Regressão Logística

Pereira (1995) explica que, quando são muitos os fatores a serem simultaneamente considerados, é indicado o emprego da análise estatística multivariada, que é a extensão matemática lógica para o modelo da rede de causas; um auxílio para se estudar a multi-determinação, pois permite avaliar a relação entre duas variáveis, um fator de risco e uma doença, por exemplo. A Regressão Logística - RL, é uma técnica dentro da análise multivariada. Trabalha-se com uma *variável dependente* (o evento consequência a ser explicado) e com *variáveis independentes* (os fatores antecedentes, presumivelmente causais, utilizados para explicar o comportamento da variável dependente).

A situação mais freqüente de investigação em epidemiologia é aquela em que a variável dependente não é expressa de forma contínua, mas em categorias.

Silva (1995) fala que a regressão logística procura expressar, em princípio, a probabilidade de que ocorra tal fato em questão em relação à função de certas variáveis, que se presume, sejam relevantes ou influentes.

No intuito de explicar a presença ou ausência da variável dependente em função de fatores antecedentes, os fatores de risco, é utilizada a RL. Sua aplicação, de maneira mais ampla na epidemiologia, ocorreu a partir do final dos anos 60 e prevê-se sua grande utilização no futuro (Silva, 1995 e Pereira, 1995).

Esta metodologia permite estimar as contribuições relativas às variáveis independentes incluídas na análise, quer de forma isolada, quer em interação, no intuito de prever ou explicar o evento-resposta. Os resultados informam, através de um coeficiente, a participação de cada variável independente no comportamento da variável dependente em estudo.

Para Silva (1995:93), a RL *"é um instrumento para facilitar o tratamento qualitativo dos dados."*

Em uma análise final, foi feito o estabelecimento de relações e articulações entre os dados, resultado da análise quali-quantitativa, e o referencial teórico, tentando responder à

questão de pesquisa, promovendo uma abstração entre o concreto e o subjetivo, o geral e o particular, a teoria e a prática conforme coloca Gomes (1994).

As análises propostas, neste estudo seguem o caminho apontado em estudos ecológicos, porque empregam um grupo de indivíduos como unidade de observação (Pereira, 1995), ou onde as unidades de análises ou as variáveis preditoras não correspondem ao nível de indivíduos, mas de população. Segundo Castellanos, (1997) a epidemiologia tem esse grande desafio, necessitando de revisão metodológica para transpor as limitações, no sentido de que muitas vezes só se preocupam com o individual.

Para Borrell (1997) os estudos ecológicos comparam os indicadores de saúde e os indicadores sócio-econômicos em diferentes áreas geográficas e procuram as relações existentes entre eles.

A análise também levou em consideração os pressupostos construídos nesse trabalho.

*"Custa o rico a entrar no céu
(Afirma o povo e não erra)
Porém muito mais difícil
É um pobre ficar na Terra".*

Mário Quintana



V RESULTADOS

A análise de um fenômeno pode ser verificada a partir de vários ângulos, os quais sempre estão relacionados ao interesse do pesquisador.

No caso concreto da mortalidade infantil, neste estudo optou-se por além de trabalhar com os dados propriamente ditos, buscar outra fonte de informação, a entrevista com Informante-chave - IC.

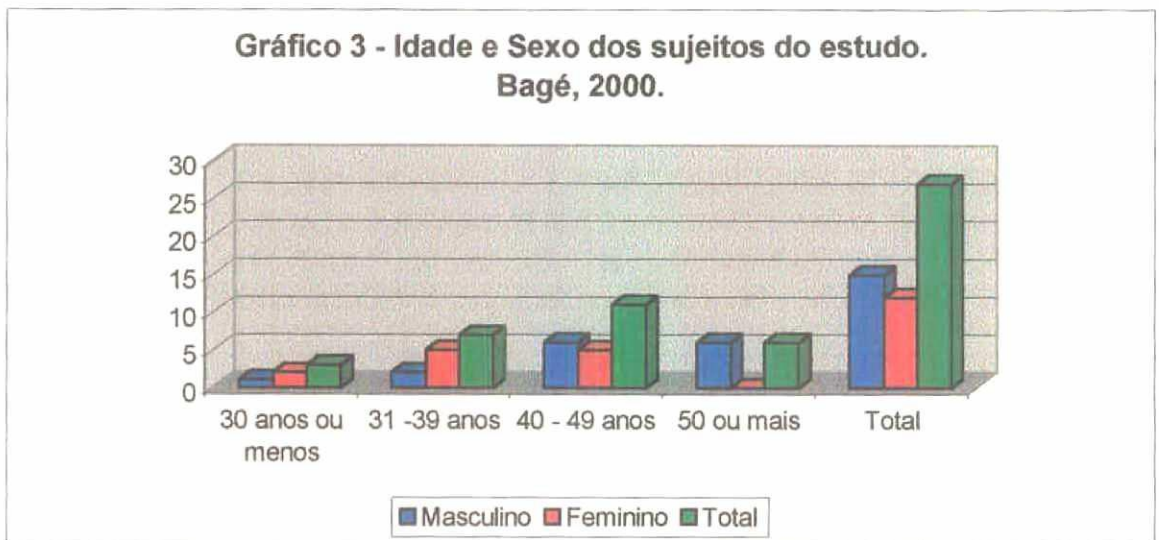
A inclusão do informante-chave nesse estudo teve um significado fundamental, por um lado se pode verificar em que medida os profissionais de saúde, na sua prática diária, fazem relação com os indicadores de saúde, que tem como base a epidemiologia; de outro as possibilidades advindas de seus olhares em relação à mortalidade infantil em comparação com os dados.

Como veremos, na continuação, há uma forte relação com os dados apresentados à situação colocada pela percepção dos IC.

Em primeiro lugar, trataremos de apresentar os sujeitos participantes deste estudo e a percepção dos mesmos em relação à mortalidade infantil, e o seu local de residência e trabalho. Em seguida, faremos a apresentação da análise dos dados com a utilização do tratamento estatístico já referido.

Participaram como informantes-chave, médicos (ginecologista-obstetra e pediatra), enfermeiros e gestores municipais de saúde, totalizando vinte sete pessoas.

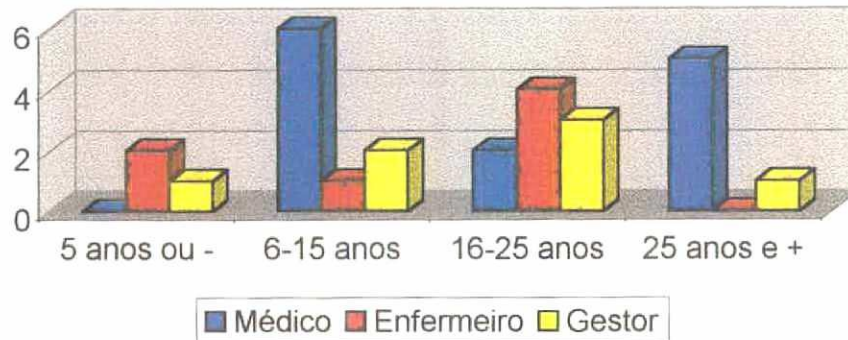
Quanto ao sexo, como se pode ver a seguir, no Gráfico 3, se analisado na totalidade dos trabalhadores em saúde o que predomina é o sexo masculino; o que não acontece quando os trabalhadores da enfermagem são analisados separadamente. Quanto à idade, a grande maioria encontra-se entre 31 e 49 anos, caracterizando-se como um grupo em idade altamente produtiva.



Quanto ao tempo de formado de acordo com a categoria profissional, ver Gráfico 4, caracteriza-se como a maioria tendo mais de seis anos de formado, o que pressupõe que já tenha uma experiência acumulada e um maior conhecimento na área de trabalho.

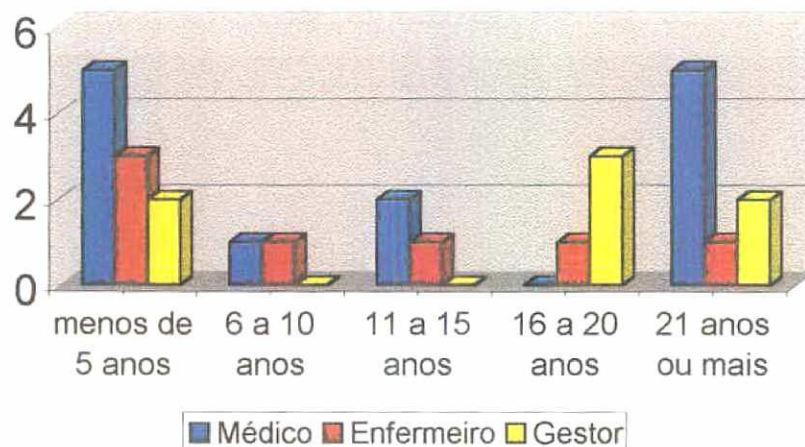
Nesse sentido, também pode-se fazer uma relação com a característica posterior, o tempo de residência e trabalho no município, como mostra o Gráfico 5, o que leva a crer que realmente são informantes com possibilidades de dar uma real situação de seu local de trabalho e do município onde vivem, pois residem majoritariamente no município onde trabalham há mais de 10 anos, possibilitando discutir o assunto em questão.

Gráfico 4 - Tempo de formação dos sujeitos do estudo, segundo categoria profissional. Bagé, 2000.



Essa pressuposição poderia sugerir que os mesmos pudessem indicar com propriedade todos os questionamentos desse estudo. Em princípio, não têm o hábito de trabalhar com os dados agrupados advindos de sua prática profissional.

Gráfico 5 - Tempo de residência dos sujeitos do estudo, segundo a categoria profissional. Bagé, 2000.



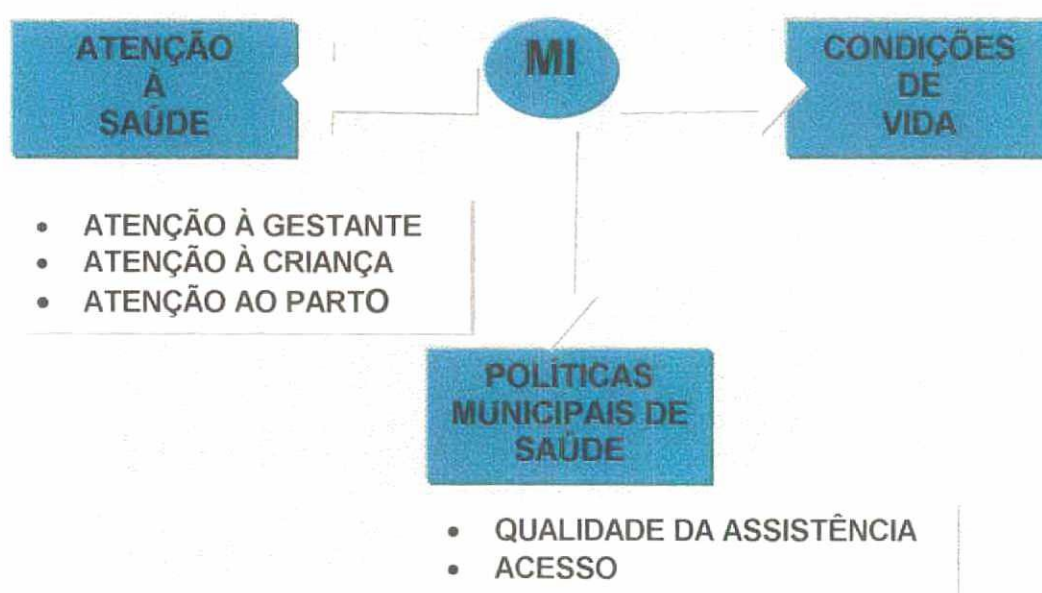
Estava interessada em discutir com os Informantes-chave - IC acerca da MI, mas não somente enquanto taxa. O interesse demonstrado neste estudo ultrapassa o dado em si, pressupõe entender esse fato não como um dado a mais, mas entendê-lo, relacionando-o às condições de vida. São esses fatores que conduziram à discussão.

A MI é considerada um dos mais sensíveis dos indicadores de saúde utilizados em saúde pública na avaliação das condições de vida de uma população. Conhecer o perfil da MI é considerado fundamental para a formulação de estratégias que permitam o seu controle.

Havia a expectativa de saber o que esse indicador significava para os IC, apesar de saberem ou não do coeficiente em termos numéricos. Quando questionado sobre o coeficiente de mortalidade infantil do seu município, a maioria (54%) a desconhecia enquanto taxa, por exemplo, 31 ou 15 por cada mil nascidos vivos.

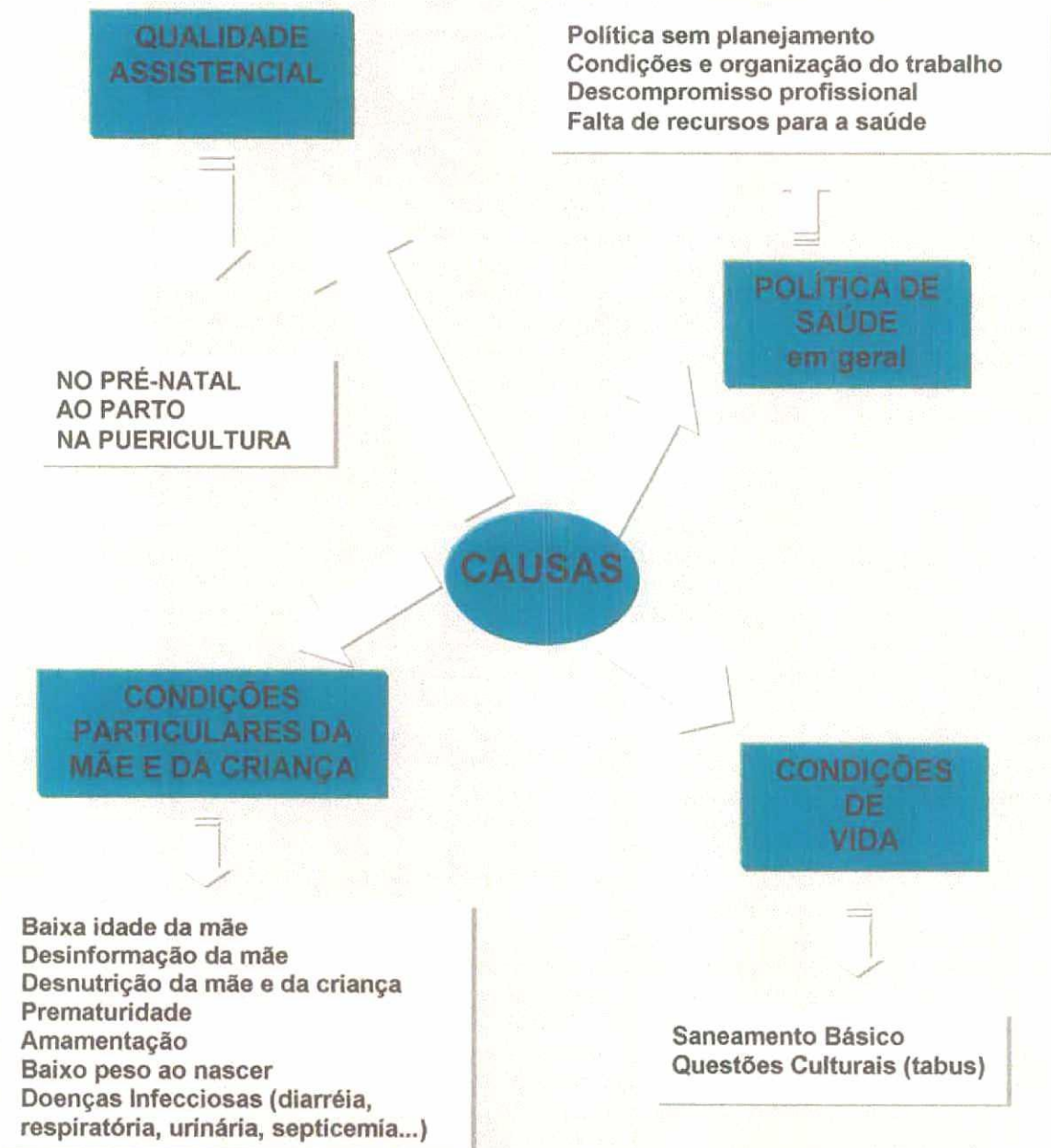
As falas dos sujeitos desse estudo foram agrupadas em quatro categorias. Para ilustrar melhor ao leitor, apresento três diagramas onde foram codificadas e agrupadas as falas dos IC, das quais emergiram as categorias.

Diagrama 1 - Opinião dos Informantes-Chave a cerca da MI (o que indicador avalia), Bagé, 2000.



As informações contidas no Diagrama 1 estão relacionadas à noção que os informante-chaves têm desse indicador e o que ele avaliam. Basicamente apontam a atenção à saúde, principalmente a relacionada com a gestante, com a criança e o parto. Também, para os informante-chaves, esse indicador avalia as políticas municipais de saúde no que tange à qualidade e o acesso à assistência e, ainda, avalia as condições de vida.

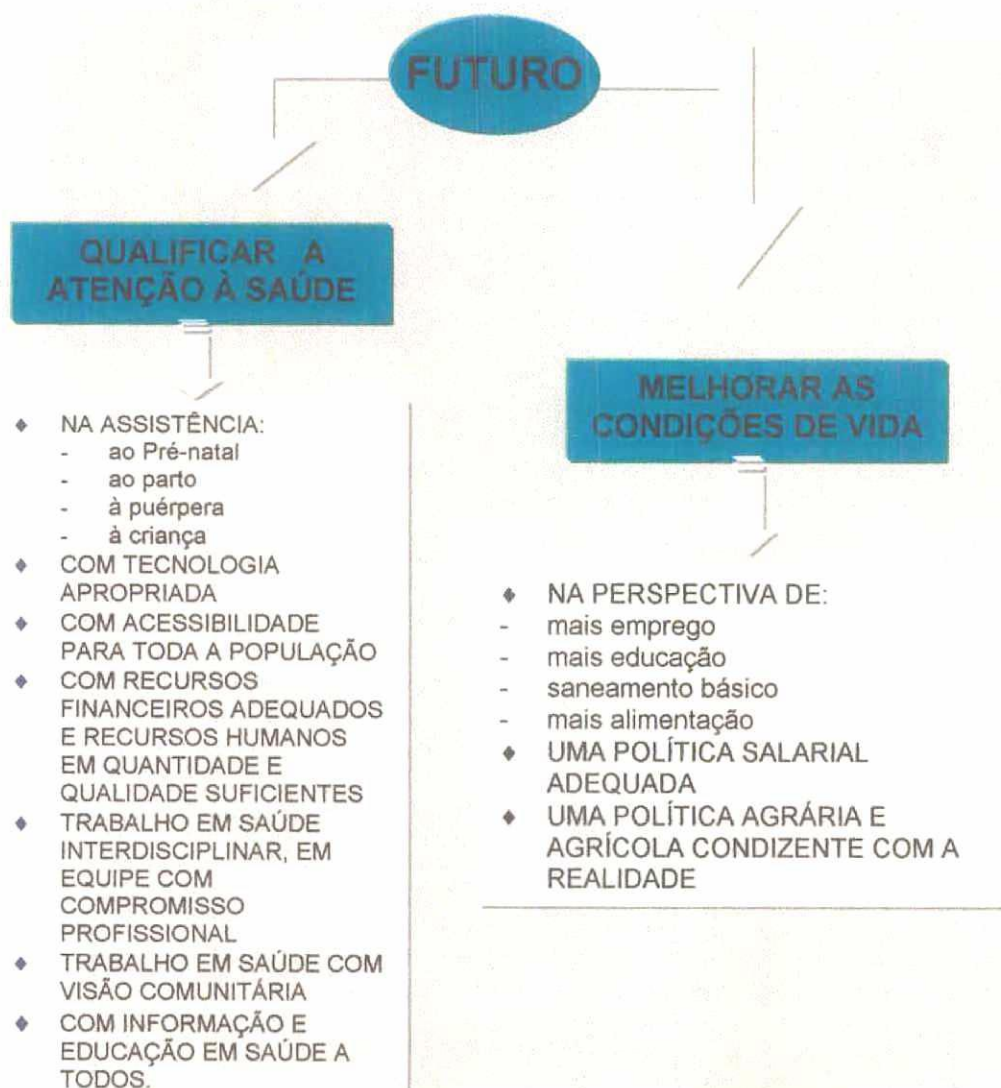
Diagrama 2 - Determinantes da MI, segundo os Informantes-Chave. Bagé, 2000.



A construção do Diagrama 2 foi baseada no apontado sobre as causas da MI, ou no que foi descrito como determinante desse índice. As falas foram agrupadas em quatro pontos principais: **na qualidade da assistência**, ao pré-natal, ao parto e à puericultura; **nas condições particulares da mãe e da criança**, incluindo-se aqui a baixa idade da mãe, desinformação, desnutrição da mãe e criança, prematuridade, baixo peso ao nascer, doenças e amamentação; **nas condições de vida** relacionadas ao saneamento básico e, por último, **na política de saúde em geral**, sendo esta descrita como propiciadora da MI quando for uma política sem planejamento, com escassez de recursos, falta de organização e sem condições favoráveis de trabalho. Também aludem à falta de compromisso profissional neste ponto.

Diagrama 3 - Necessidades de mudanças para a redução da MI, segundo os IC.

Bagé, 2000.



O Diagrama 3 indica a elaboração dos IC, a respeito das possibilidades que os mesmos acreditam ser importantes para intervir nos fatores que determinam o coeficiente da MI em seus municípios. Apontam um futuro desejável em relação à área materno-infantil de suas comunidades. Primeiro, para a necessidade de se qualificar a atenção à saúde, especialmente no pré-natal, no parto, no puerpério e na puericultura. Indicam que se deve dar uma atenção, com tecnologia apropriada, com recursos em quantidade e qualidade suficientes, onde o trabalho em saúde seja desenvolvido na visão comunitária, em equipe e interdisciplinar, com comprometimento profissional, que o acesso deve ser garantido a toda a população, com um Serviço de Saúde com informações e educação para a saúde em todos os níveis. Em segundo lugar, indicam a necessidade de melhorar as condições de vida, apontando para este fim, mais emprego, educação, saneamento básico, alimentação adequada, política salarial e uma política agrária e agrícola condizente com a realidade vivenciada.

Salienta-se que, na região onde o estudo foi realizado, as questões agrárias e agrícolas são conflituosas, com vários assentamentos e acampamentos de trabalhadores sem terra e trabalho. Registre-se aqui que esta região comporta muitos latifúndios.

Analisando os Diagramas anteriores, quatro pontos se sobressaem, merecendo a atenção, que são expostos no Diagrama 4 a seguir.

Diagrama No. 4 – Categorias que emergiram neste estudo. Bagé, 2000.



A Atenção à Saúde: Individual e Coletiva

No tocante a *Atenção à Saúde*, a referência é marcante na atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério, à puericultura, especialmente ao pré-natal. Tal preocupação foi reforçada muitas vezes, dando ênfase à atenção individualizada a esse grupo populacional, mas sem fazer alusão ao contexto dos sujeitos, objeto de suas práticas.

O pré-natal foi descrito como de grande importância na questão da mortalidade infantil. Sabe-se que a tradição médica (especialmente entre os médicos obstetras) se preocupa sobremaneira com esse cuidado, mas a maioria se dirige ao atendimento individualizado das pessoas, desconsiderando o contexto familiar e comunitário em que vivem (sem querer dizer

que as pessoas não mereçam ser atendidas individualmente), mas não separadas da sua realidade. Muitas vezes referem-se somente àquela "barriga" que está ali na sua frente. Observe as falas a seguir:

"Finalizando [a entrevista], após todas as a coisas que falei, diria que a MI está encaixada dentro de três partes, um mês antes do parto, no parto e um mês depois do parto, é nesse período [que a mortalidade infantil ocorre]" (IC 21)¹¹

"O pessoal, principalmente o profissional médico, chega, atende e vai embora, não tem a noção do todo, não há compromisso..." (IC24).

Minayo (1994), quando apresenta o livro de Maria Inês Nogueira, sobre a Assistência Pré-natal, coloca que a política de atenção à saúde da mulher desconsidera a mulher como um sujeito, que há um círculo perverso entre a qualidade dos serviços prestados e a pobreza das mulheres para se construírem em sujeitos coletivos, passam a ser usuárias individuais do sistema, sofrendo reflexos de uma insegurança social.

O pré-natal, como afirma Nogueira (1994:14), é um exemplo simbólico de como a sociedade considera a mulher e a criança, ou seja, o "novo" que está para nascer (...). Embora em todo o País, a mortalidade infantil, em razão de fatores sócio-sanitários, tenha diminuído, as causas ligadas ao parto tiveram uma contribuição muito pequena nesta redução, passando a ocupar o primeiro lugar entre as causas ligadas ao óbito de crianças menores de um ano.

A questão de ser sujeito nos serviços de saúde, também vem incitando muita discussão e leituras a respeito. Deixar de ser paciente para ser sujeito, com vez, vontade e liberdade, sem ser massacrado ou massificado como apenas uma doença ou lesão, esse, talvez, seja o desafio desse novo modelo que se quer na assistência à saúde.

Pensando neste sentido, vale refletir sobre qual o modelo assistencial que está em curso nos serviços de saúde?

¹¹ IC significa informante-chave, e o n° é sujeito IC.

O Relatório da 9ª Conferência Nacional Saúde - CNS é firme em determinar a necessidade de profunda mudança desse modelo, revertendo a lógica de mercado e individualista, impregnado pela hegemonia médica e de concepção biologicista. Nessa perspectiva abre-se a possibilidade de se pensar o ser humano como ser coletivo e histórico, em contínua interação como o meio ambiente e com os outros seres humanos. Esse modelo deve ser constituído sob base epidemiológica, garantindo à população o acesso universal em todos os níveis, equidade, resolutividade e integralidade da atenção num sistema de complexidade crescente (Relatório na 9ª CNS, 1992). Entretanto a realidade dos serviços ainda não conseguiu avançar para esta mudança. Como expressa a fala a seguir:

"Mas é importante que as pacientes tenham acesso a estes [serviços], garantidos nestes postos de tratamento e não como ocorre , que muitas vezes tem que esperar durante 10 ou 15 dias para tirar um fichinha ou ficar a noite numa fila esperando para ser atendida, isso é inconcebível, isso acaba desestimulando a pessoa a procurar o posto e abandona o tratamento e isso é lamentável" (IC 15)

Vários dos informantes declararam a importância da atenção, entretanto colocam como os principais problemas as particularidades individuais, da mãe ou da criança, reforçando a dicotomia entre o biológico e o social. Parece que o agente biológico é o verdadeiro e único responsável na determinação da doença e morte. Para alguns há dificuldades em reconhecer que a multicausalidade das doenças e seus determinantes como elementos de construção teórica e prática e que se não for considerada pode obstruir a construção da atenção integral à saúde.

Entretanto, observa-se entre os IC uma preocupação com a determinação social do processo saúde-doença, como denotam as falas a seguir:

"O que estou notando é, que a população está empobrecida, isso está refletindo na saúde deles. Pelo o que eu percebo, o pessoal está sem dinheiro para comprar remédio, sem dinheiro para comprar comida, está sem dinheiro para nada e conseqüentemente as doenças vêm" (IC 3).

"Colocaria em primeiro lugar o aspecto social, ao meu ver é óbvio, tanto é verdade que a MI mais alta é justamente nas famílias mais desfavorecidas, onde as pessoas não tem assistência pré-natal, ou grande parte não frequenta o serviço de pré-natal, vivem em condições insalubres, desde a alimentação inadequada, acesso ao setor médico, há problemas de saneamento básico que é crucial, tem sido claro para nós o tipo de problema que o saneamento trás. Se tu pegas índices do centro da cidade comparados com os da periferia, fica claro a questão social, desemprego, a má alimentação, maus hábitos de higiene, falta mesmo de comida" (IC 20).

A atenção integral à saúde, mais do que uma diretriz institucional [Artigo 7º inciso II da Lei 8080/90] é um grande desafio a todos os que atuam na defesa e na implementação do SUS. Definir que há que se garantir a integralidade significa dizer que devem ser desenvolvidas ações intersetoriais para alcançar níveis crescentes de atenção à saúde.

Também significa dizer que é necessário integrar ações e os Serviços de Saúde e suas diversas áreas de conhecimento de forma a permitir uma ação que considere todas as dimensões das pessoas e das coletividades. É uma atribuição desafiadora, principalmente quando se considera que a fragmentação foi construída há anos, não somente na organização dos serviços, como também na própria construção do conhecimento.

Neste sentido, é importante lembrar que esses profissionais, os Informantes- Chave, são pessoas que passaram, (variando o tempo de formado), pelos órgãos formadores (as universidades). Daí é egressa, também, (com os sujeitos) uma concepção hegemônica que privilegia a assistência centrada na doença ou no fato, especialmente entre a categoria médica, muito embora também se perceba entre os demais profissionais da área da saúde.

Necessita-se, neste sentido, de uma nova forma de capacitação dos sujeitos que ingressam nas universidades ou de reforços que os serviços devem dar aos seus trabalhadores, no sentido de enfatizar os conteúdos da epidemiologia na formação de todo e qualquer profissional de saúde, o que implica em mudanças no processo formal de ensino técnico e universitário, no curto prazo e nos programas de educação continuada ou permanente dos

profissionais e trabalhadores de saúde, numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar (Teixeira,1999).

Como bem expressa a fala de um IC a respeito do uso da epidemiologia no cotidiano dos Serviços de Saúde:

"Lamentavelmente, vivemos num país em que não se tem o hábito do uso da estatística, então nós olhamos a coisa com os olhos de práticos, buscamos atender o problema, mas a gente não tem estudos técnicos que nos mostre efetivamente." (IC 18)

A idéia da atenção integral à saúde implica uma mudança de enfoque na organização e na prestação de ações e serviços, implica o acesso, o acolhimento, a responsabilidade e a resolutividade dos serviços de saúde.

Na prática, segundo Vazquez, Rodolfo e Villar (1988), a atenção integral à saúde está associada às técnicas e práticas das ações de saúde propriamente ditas, a epidemiologia, a sociologia, a economia, a ecologia, através da integração dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, dentre outros) e os gestores de saúde, os quais compõem uma equipe interdisciplinar cujas características específicas são definidas em cada tipo de organização do sistema local de saúde.

O conceito de trabalho em equipe e interdisciplinar que caracteriza a atenção à saúde em todos os níveis, complementa-se com o caracter intersetorial das atividades, particularmente no nível operativo do Sistema de Saúde, onde deve se desenvolver a maior quantidade delas, de modo atuar sobre o processo saúde-doença o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham (Vazquez, Rodolfo e Villar, 1988).

Percebe-se entre os ICs uma preocupação com o trabalho em equipe e interdisciplinar, talvez seja um dos pontos mais conflituosos que se busca nos Serviços, hoje. Um dos entrevistados assim se expressa:

" ... acho que dá para fazer um trabalho bom ... que se todos os técnicos pudessem sentar juntos, discutir as coisas, isto já

não se tinha mais [a MI], mas é um correr, correr, etc." (IC 13).

A distância e as dificuldades, que são históricas, para alcançar esse objetivo (a integralidade) não são justificativas aceitáveis para a inércia de governos em buscá-lo. É histórica, também, a atuação no campo da prevenção de doenças e agravos, através de ações estanques e compartimentadas. Tal modelo se estruturou e se desenvolveu alicerçado numa concepção de multifragmentação dos indivíduos, tanto na expressão física como social. Como descreve Vasconcelos (1999:7): *"o indivíduo foi fragmentado em carências"*.

Um exemplo concreto da fragmentação se expressa também na forma como nos relacionamos, na forma como concebemos o processo comunicacional entre os profissionais e os sujeitos usuários dos Serviços de Saúde. Como refere Faria (1998), em sua tese de doutorado, em que coloca a comunicação como uma dificuldade mais comum nos Serviços de Saúde entre os usuários e profissionais. Diz ela: *"nos Centro de Saúde há uma conversa que é um monólogo"*, acrescenta, a preocupação é pragmatizada, baseada no diagnóstico, e os dados colhidos só servem para este fim, não havendo a necessidade de uma relação de *sujeito para sujeito*.

Sobre essa relação um dos IC coloca:

"Eu acho que a questão da MI tem muito a ver com o apego, porque senão tu não terias aqui problemas importantes. Tem o apego médico, quando tu vês no pré-natal, não encosta na mulher, é distante, é uma gestação não valorizada e nós fizemos ao contrário ali no posto de saúde, valorizamos ao máximo, tentamos colocar para elas que é uma situação importante na vida delas, aí depois parece que tudo flui melhor. Se em tudo houver o cuidado de manter esta importância, há mais valorização" (IC 27).

Outra categoria construída neste estudo diz respeito às *particularidades da mãe e da criança*. Sabe-se que a atenção à saúde deve levar em consideração esses aspectos, pois a vida começa a se desenvolver desde a fecundação, razão pela qual deve-se prestar a atenção nas diferenças individuais, como herança genética, por exemplo. A ciência biológica tem colocado

que podem ocorrer acidentes moleculares que aumentam esta diferença. Por outro lado, também, há influência direta da saúde da mãe nas condições de saúde do feto.

Embora esta dependência entre a mãe e a criança seja muito estreita, não se pode descartar que ambos (mãe e filho) sofrem as influências do meio em que vivem, razão pela qual os problemas da maternidade e da infância não se pode separar e nem deixar de ser considerados como fatores fundamentalmente sociais (San Martin, 1975).

As condições sanitárias econômicas e culturais tem uma íntima relação com o binômio mãe e filho, assim como com todos os indivíduos que compõem a população. No entanto, é preciso levar em consideração os aspectos relativos a mulher no período grávido-puerperal, pois está exposta a riscos inerentes ao mesmo, tais como: obstétricos (hemorragias, toxemias, dentre outros). Em relação à criança existem, pelo menos dois tipos de riscos: o primeiro devido às condições ambientais (qualidade de vida), as causas exógenas; segundo, às causas endógenas, devido às condições anormais que a criança traz ao nascer.

Esses aspectos são os que se devem levar em consideração no atendimento à mulher e a criança, dentro da perspectiva da atenção integral, como já referido.

Quando os IC referem *as particularidades da mãe e da criança*, alguns o fazem na perspectiva de uma concepção de saúde individual. Como exposto no Diagrama 3, esses aspectos (baixa idade da mãe, doenças infecciosas, amamentação, etc.), estão diretamente relacionados às condições de vida, isto é, produzidos socialmente.

As categorias, *atenção à saúde* e *às particularidades da mãe e da criança*, trazem à tona, o conceito de saúde, que muitas vezes é expresso como sendo somente a ausência de doenças, ou a idéia de que a responsabilidade de se ter ou não saúde ou doença está na maneira de como os Serviços de Saúde se apresentam e estão à disposição da comunidade.

Nota-se nas falas que há uma certa incongruência neste sentido, mesmo expressando a necessidade de mudança do modelo, particularizam as enfermidades como se fossem "culpa" das mães ou gestantes o fato apresentado, como mostram as falas a seguir:

"... vemos crianças mal cuidadas, mal alimentadas, mães que tem 8 ou 10 filhos que chegam para a gente com os cuidados mínimos." (IC 19)

"... Muita gestação mal conduzida, não tanto pelo médico, a gestante se conduz mal na gestação, muita menina grávida, muita gente que não busca assistência médica, então estão aí uma quantidade de partos prematuros, ... (IC 21)

Outra categoria levantada foi a *qualidade de vida*. Esta categoria foi pensada no sentido de que as condições de vida traduzem uma forma particular de inserção no conjunto da estrutura dinâmica social. Essa expressão [condições de vida] foi muito utilizada, aparecendo em quase todas as falas, relacionando-se a todos os questionamentos formulados. Observe a fala a seguir:

"Eu acho que realmente interfere na MI, é isso aí [as condições de vida]. Na minha vivência de saúde pública, que eu ando nos bairros, andei para fazer o mapeamento, são condições subumanas de habitação, tem locais privilegiadíssimos, mas tem regiões péssimas. No mapeamento que eu fiz, vi que as pessoas são muito carentes, carentes de atenção, carentes de informação. (IC19)

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, embora bastante inespecífico e generalizante, existe desde o nascimento da medicina social.

Na maioria dos estudos, o termo de referência não é a qualidade de vida, mas condições de vida, como consta nas respostas dos entrevistados desse estudo, as quais se aproximam com o que diz Minayo, Hartz e Buss (2000:10): ***"o patamar mínimo para se falar em Qualidade de Vida, diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas ao conforto, bem-estar e a realização individual e coletiva"***

Para estes autores, a noção de qualidade de vida está relacionada ao modo, condições e estilo de vida, incluindo as idéias do campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos

sociais, idéias que chamam particularmente a atenção, pois muitas vezes são esquecidas, como no caso dos inornante-chaves, que não fazem relação sobre a participação da sociedade ou controle social na saúde. Referindo-se a redução da mortalidade infantil, observe:

"A prevenção, o ideal seria haver um resgate da questão social, ou pelo menos que as pessoas tivessem como se emancipar socialmente. Eu penso muito em emancipação social, buscar os seus caminhos. Mas seja como for, dentro disso, ações rápidas e curtas podem resolver o problema, com disse no início: priorizar a gestante e a criança, dar prioridade no atendimento médico, na questão alimentar, na questão do medicamento, melhoria das condições sanitárias em nível de sua residência (pavimentação, canalização, esgoto cloacal, tratamento de esgoto) e, por último, eu diria que a questão do atendimento na área hospitalar. Isso, olhando a coisa assim, nas microsoluções. A grande solução, a macrosolução, seria o atendimento à questão social basicamente, oportunidade de trabalho, emprego, educação" (IC 20).

Corroborando com essa fala, cito novamente Minayo, Hartz e Buss (2000:11), quando diz que *"quanto mais aprimorada é a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida, do grau de bem-estar da sociedade e da equidade ao acesso aos bens materiais e culturais"*.

Cabe aqui salientar, a partir do que foi colocado até então, uma outra concepção de saúde, que se identifica com a qualidade de vida, deixando de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser um estado dinâmico, socialmente produzido (Buss, 2000).

Paim (1997) expressa que o estudo das condições de vida de determinados grupos sociais não deverá levar em conta apenas a esfera individual, como renda e poder aquisitivo, mas também certas ações estatais que buscam a garantia de atendimento de necessidades consideradas básicas para a sobrevivência, concordando com a fala anterior, por exemplo, saúde, educação, alimentação e nutrição, lazer, segurança entre outras.

Castellanos (1992) considera que o perfil das condições de vida expressa quatro dimensões da reprodução social: a biológica, a ecológica, a econômica e da consciência e

comportamentos. Propõe uma revisão dos aspectos metodológicos e técnicos relativos ao estudo sobre as desigualdades em saúde segundo as condições de vida.

Uma outra categoria de análise diz respeito às *Políticas Sociais*. O estabelecimento dessa categoria surgiu na medida em que foram expressos, além das políticas de saúde propriamente ditas, outras dimensões que fogem do setor saúde como pode ser observado no Diagrama 3.

Nas concepções para a modificação do indicador mortalidade infantil é relatado pelos IC como sendo absolutamente necessário o investimento em educação, mais empregos, saneamento básico, salário adequado e uma política agrária e agrícola condizente com a realidade da região em que se encontra. No ponto de vista desta análise, estas seriam as políticas priorizadas pelos IC para a melhoria inclusive da qualidade de vida tão intrínseca ao coeficiente estudado. Veja a fala a seguir:

"A MI é o resultado de políticas, de todas as políticas que vão refletir nas condições de vida da população. Se eles tiverem uma alimentação melhor, uma casa melhor, [viver] num prédio melhor, vão morrer menos, vão adoecer menos. Se a gente tiver um pré-natal bem feito, acompanhamento da criança no 1º ano. Então eu acho que é o resultado da situação geral, assim, do povo e das condições de vida e das condições de saúde e dos programas de saúde que estão sendo executados." (IC 9)

No modelo político e econômico adotado no Brasil, explicitamente a partir da década de 80, têm-se aprofundado a precariedade das condições de vida e trabalho de grandes grupos populacionais, aumentando consideravelmente as desigualdades.

Dâmaso (1996) diz que as políticas sociais são filhas legítimas das injustiças sociais, pois na maioria são compensatórias e excludentes como já referido no referencial teórico deste trabalho.

Essas políticas se expressam na redefinição dos vínculos entre Estado e sociedade. Recortam-se os gastos no campo social, desloca-se a responsabilidade estatal de garantir os

direitos sociais constitucionais (saúde, educação, emprego, etc.) em direção a diversos grupos e se aprofunda o dismantelamento da vertente de bem-estar que se tem buscado no Brasil, através das lutas empreendidas pelos movimentos sociais, especialmente nas áreas de saúde, educação, trabalho, enfim direitos constitucionais garantidos, pelo menos em parte, na Constituição de 1988 (Faria, 1996).

Essa liberalização da responsabilidade pública quanto às políticas sociais está em curso no nível mundial desde a década de 70, conhecida como a crise fiscal do Estado e/ou o fim do Estado de Bem Estar Social.

As políticas sociais, pensadas assim, afirmam que o Estado *“deve dedicar seus esforços para garantir o mínimo de bem estar social aos pobres [...] devem ser estritamente focalizados nos pobres como complemento da satisfação das necessidades sociais mediante mecanismos de mercado e familiares”* (Laurel, 1994:9).

O reconhecimento e a garantia de direitos sociais, embora fruto de indiscutível avanço da civilização, acabaram acontecendo dentro da lógica individualista e fragmentada na sociedade: direito de indivíduos isolados e direitos setorizados. O indivíduo foi fragmentado em carências. Os direitos passaram a ser consumidos e fornecidos de forma separada (Vasconcellos, 1999).

A percepção da fragmentação das políticas sociais vem proporcionando o surgimento de propostas e tentativas de interação das várias ações no campo estatal e social. Mas como fazer essa integração das várias ações do Estado, transformando-as em um todo articulado?

Algumas idéias do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde - PACS e o Programa de Saúde da Família - PSF, instituídos pelo Ministério da Saúde, tentam proporcionar esta articulação. Muitos dos entrevistados colocaram a importância desses programas como alicerce para uma mudança do modelo assistencial.

Entretanto, é bom ressaltar aqui que estes programas apontados pelos IC são programas pontuais, verticalizados e, especialmente, compensatórios, pois que os mesmos não têm

garantido o acesso aos Serviços de Saúde em todos os níveis, além de não ter propiciado uma mudança na organização dos Serviços, geralmente continuam internalizados nos Centros de Saúde [os profissionais qualificados], deixando aos Agentes Comunitários de Saúde -ACS, a tarefa de bater de porta em porta em nome do propalado programa, o que em nada tem garantido a assistência com qualidade. Ao contrário, a demanda aumenta consideravelmente e pouco se tem investido nos Centros de Saúde. Veja a fala na seqüência:

"A ação dos ACS também faz esta busca ativa no seio da comunidade, no seio da família mais precisamente, isto é fundamental, sem dúvida. Mas nós, como organizadores e prestadores de serviço, estamos numa fase um tanto desorganizada, pois a demanda em função da atividade dos ACS cresceu um absurdo. Isto era esperado, se espera que consigamos incorporar mais técnicos, para que atinja e supra essa demanda enorme que eles estão trazendo. Na verdade, eles estão descobrindo uma realidade em termos de saúde, que a gente até pode dizer que não conhecia" (IC 22).

As necessidades em saúde, mais do que necessidades das pessoas, se convertem em necessidades da instituição. Os "programas" de saúde, em quase a sua totalidade, legitimam a existência de núcleos de profissionais, que organizados sob as mais diferentes maneiras administrativas, se encastelam em torno de uma presumível especificidade e autonomia técnica. Por outro lado, a ausência quase total de relações dialógicas entre estas diferentes unidades administrativas de saúde tem conseqüência direta para a obstrução à atenção integral à saúde da população, que se apontava anteriormente.

Essas características da política de saúde têm produzido enormes dificuldades para o enfrentamento de problemas, às vezes, inclusive, simples e de fácil resolutividade. Sabe-se que a prática dos Serviços de Saúde, baseada fundamentalmente no modelo centro-médico, não é determinante no comportamento dos perfis patológicos gerais, tem impacto relativamente imediato sobre algumas doenças, com ações de controle específico e simplificado.

Para superar a fragmentação que os "programas" produziram na organização das áreas técnicas, a Secretaria Estadual de Saúde do RS, já em 1999, propôs estratégias de aproximação entre elas, com a criação da Coordenação de Atenção Integral à Saúde, que agrupou os diversos programas e aproximou as vigilâncias: epidemiológica, sanitária e ambiental, em uma só: a vigilância em saúde (Relatório de Gestão da SES/RS, 1999).

A epidemiologia, nesta perspectiva, é um campo de saber e práticas necessárias ao processo de formulação de políticas, definindo prioridades, na organização de serviços e na avaliação de ações, tanto no nível "macro", quanto "micro", redefinindo modelos de assistência e reorganizando o processo de trabalho em saúde (Teixeira, 1999).

Quando se diz que ela [a epidemiologia] passa periféricamente nas disciplinas da saúde, reforçar-se a imagem de que os trabalhadores de saúde (grande maioria deles) não planejam, não avaliam, só executam tarefas, próprias do cotidiano dos serviços de saúde (Vieira, 1999).

Ter a epidemiologia como um dos elementos a contemplar um serviço de qualidade e inteligentemente humano, requer que se pense a saúde diferentemente. Este parece ser o grande desafio, ou seja, articular a prática social ao planejamento participativo, onde a partir da explicação dos problemas de saúde dos diversos grupos populacionais nos diferentes contextos sócio-culturais, os trabalhadores e população sejam atores e autores das respostas sociais aos problemas de saúde.

Nesta direção cito Teixeira (1999:300), que coloca: ***"a institucionalização de um planejamento epidemiologicamente orientado, em suas múltiplas dimensões, desde a formulação de macro-políticas até a programação de ações de intervenções sobre problemas singulares, é uma opção política radical, em que leva em conta a especificidade do(s) objeto(s) no campo da saúde, e por outro lado, permite o envolvimento de novos sujeitos nas práticas de saúde coletiva"***.

Como se pode verificar a seguir, a análise estatística correspondente aos vários dados corroboram, em muito, com as percepções dos IC.

A Mortalidade Infantil

Na estratégia das ações em saúde, na minha opinião, além das relações inerentes às concepções do que venha ser a saúde, o processo que a determina, deve conter, na sua formulação do operativo, a informação como base fundamental em todos os setores em que as ações de saúde são desencadeadas. No Setor Saúde, a informação se constitui em um recurso sumamente valioso, um requisito prévio para a elaboração de estratégias e a adequação de recursos eficazes para a gestão da atenção à saúde da população.

Há que se lembrar aqui, a relação indissolúvel entre o Sistema de Informação e a organização e planejamento em Saúde.

Para Carnota (1995:41) uma das questões que distingue o processo de administrar é a constante circulação de informação, tanto interna à instituição quanto externamente. Para o mesmo autor:

“Administrar significa captar o que ocorre (informação), transmiti-la à direção, compará-la com o que deve acontecer, decidir o que se vai fazer, converter esta decisão em informação e transmiti-la aos órgãos executores. Significa dizer que é impossível separar a administração da informação e, portanto, a cada cargo corresponde uma quantidade e qualidade determinada de informação que o trabalhador de dito cargo (ou função) necessita conhecer para alcançar os objetivos traçados”.

Assim, administrar significa sempre tomar decisão, porém só se pode decidir sobre o que se conhece, razão pela qual a quantidade e a qualidade da informação é determinante. (Carnota, 1995).

Quanto mais racionais forem os Sistemas de Informações em Saúde tanto melhor será também o desempenho dos Serviços de Saúde, em todas as suas etapas, desde o planejamento até a avaliação, incidindo, sobremaneira no processo de decisão.

Muitas experiências têm demonstrado que os avanços que se podem alcançar em matéria de eficiência e eficácia dos Serviços de Saúde ocorrem quando se tem determinado a utilização de um sistema de coleta e processamento de dados adequados, e estabelecido com prioridade, com o objetivo de produzir informações tanto em nível administrativo quanto em medidas de atenção, sejam elas, médico-sanitárias ou não, no sentido de operar estrategicamente as ações de saúde, tanto em nível hospitalar quanto em saúde coletiva (Dios, 1999).

Como aponta Moraes (1994:18), *"a informação em saúde vem representando um espaço estratégico de luta, principalmente quando entendida como um instrumento interdisciplinar voltado para a ampliação da consciência sanitária dos profissionais da saúde e da população."*

O Sistema de Informação em Saúde não se refere apenas a dados estruturados, conforme aponta Dios (1999). A informação, segundo este mesmo autor, é o conhecimento em relação a um fato que surge da confrontação dos dados com o conhecimento que existe sobre o mesmo. Acrescenta, as informações em saúde *"são todas as informações que se relacionem com a saúde, portanto, tem índole variada"* (Dios, 1999:1).

Um Sistema de Informação em Saúde é uma atividade contínua podendo ser alterado, de forma dinâmica, de acordo com as necessidades, e construído de acordo com o conhecimento adquirido sobre um fato.

Alimenta-se e, requer para isso, um sistema estatístico que estabeleça uma metodologia e técnica de análise para possibilitar o fluxo e o acesso dos trabalhadores e usuários a estas informações. Em verdade, se constitui em uma parte crítica da organização, pois é a partir delas que se espera que as decisões sejam tomadas.

Isto significa que as informações produzidas no Sistema de Saúde devem estar à disposição dos atores envolvidos, de acordo com as funções de administração e por níveis; têm o caráter de controle e de decisão.

Sabe-se que diariamente o Setor Saúde produz uma grande diversidade de dados, mas na nossa realidade esses dados não têm significado ou não tem se convertido em informações adequadas e fidedignas. Além do mais, as informações produzidas não tem significado, tanto para responder às necessidades dos Serviços de Saúde, como tomar decisões a partir delas, quanto para controlar as expectativas estabelecidas pela organização e planejamento.

O Sistema de Informação em Saúde no Brasil é variado. Há os que operam dados que alimentam o sistema de financiamento da saúde, mas que poderão subsidiar os serviços no que diz respeito à produção, é o caso do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS e o Sistema de Informação Hospitalar do SUS - SIH/SUS. Estes sistemas geram tudo o que diz respeito à produção ambulatorial e hospitalar do SUS, tanto a dos serviços próprios como a dos contratados e conveniados. São esses que estão relacionados ao sistema de repasse financeiro.

Outros sistemas se alimentam de informações advindas do cotidiano, que não têm significado algum, se não houver retorno para aqueles que as produziram. Estão neste rol basicamente cinco sistemas atualmente utilizados:

1. Sistema de Informação de Mortalidade - SIM: utiliza como instrumento básico as informações das Declarações de Óbito - DO utilizados por alguns estados e municípios para as vigilâncias dos óbitos;
2. Sistema de Informação de Agravos Notificáveis - SINAN: tem como objetivo coletar e processar dados sobre agravos de notificação, utiliza as fichas de notificação individual e as fichas de investigação por agravo, podendo fornecer uma análise do perfil da morbidade;

3. Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC: utiliza, como documento básico, preenchido nos estabelecimentos de saúde onde realizam partos e nos cartórios de registro civil, para os partos domiciliares, a Declaração de Nascido Vivo - DN. Possibilita a análise de dados no nível local, fornecendo, por exemplo, informações referentes aos nascidos vivos, condições da gestação e parto e dados sobre a mãe. Viabiliza a vigilância dos nascimentos e dos óbitos infantis, principalmente da MI;

4. Sistema de informação da Atenção Básica - SIAB: utiliza as informações do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde - PACS e da Saúde da Família - PSF, tornando possível uma análise da realidade local.

5. Avaliação do Programa de Imunização - API: faz parte do Programa Nacional de Imunizações, que trabalha com as informações geradas a partir das salas de vacinações que permitem analisar nº de doses aplicadas, coberturas vacinais, taxas de abandono, etc.

Atualmente há um projeto do Ministério da Saúde, com financiamento do Banco Mundial, em parceria com os estados, para a estruturação da Rede Nacional de Informação em Saúde - RNIS, com a missão de facilitar o desenvolvimento de uma rede de informações eletrônica atingindo todos os municípios brasileiros. (www.datasus.gov.br/rnis, 2000)

Apesar destes grandiosos projetos, ainda temos práticas em saúde orientadas pela racionalidade fragmentadora da realidade, que em muito espelha os serviços aí constituídos. Como comenta Moraes (1994:13) *"a fragmentação dos sistemas de informação em saúde é também a expressão dessa lógica"*

Neste estudo as informações utilizadas foram captadas em sistemas como os já assinalados (SIM e SINASC), para os quais não houve impedimentos para a sua obtenção, em função da pesquisadora trabalhar na Regional de Saúde e utilizar esses bancos de dados no cotidiano, por exemplo, na vigilância dos óbitos infantis e da mortalidade materna. O mesmo não ocorreu com as informações desejadas para análise comparada das diferentes regiões do Estado, razão pela qual tomou-se as que se teve acesso.

O Estudo comparativo das Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Resultados do Coeficiente de Correlação de Rangos de Kendall – CCRK.

As variáveis que compõem a análise das regionais do Estado do Rio Grande do Sul são as que se encontram na Tabela N.º 1 no Anexo 7 e contempladas na Tabela N.º 2 na página a seguir:

A intenção neste estudo foi o de verificar em que medida a Mortalidade Infantil – MI e seus componentes poderiam estar associados às características sócio - demográficas e de saúde, razão pela qual se considerou conveniente precisar (evidenciar) a correspondência ordinal existente entre ditos indicadores e as taxas de Mortalidade Infantil, Mortalidade Perinatal, Mortalidade Neonatal e Mortalidade Infantil Tardia. O estadígrafo selecionado para descrever dita associação foi o Coeficiente de Correlação de Rangos de Kendall, já referido no Capítulo da Metodologia. Observe a Tabela N.º 2 na página a seguir.

Constatou-se uma associação significativa diferente de ZERO entre a MI e o grau de Urbanização, a Escolaridade e o Índice de Médicos por Habitantes. Além disso, se observou que a Mortalidade Perinatal e a Mortalidade Neonatal estão igualmente associadas com o Grau de Urbanização e o Índice de Médicos por Habitantes, enquanto que na Mortalidade Tardia não se constaram associações relevantes com os demais indicadores. A respeito, é oportuno salientar que o padrão de causas de mortalidade poderia apontar evidências sobre este comportamento diferenciado antes referido.

Aqui, cabe inicialmente um esclarecimento. Em função da inexistência das informações relacionadas às causas de óbitos de menores de um ano em todo o Estado, tomou-se as causas da 7ª CRS com o intuito de demonstrar, pelo menos um padrão das causas de óbito de uma das regiões estudadas. A região escolhida se deu em função da minha presença na mesma, uma vez que esta é uma das atividades desenvolvidas nesta Coordenadoria.

Tabela N.º 2 - Correlação da Mortalidade Infantil com Indicadores Sócio – Demográficos e de Saúde das Regionais de Saúde do

Estado do Rio Grande Do Sul. Bagé, 2000.

C.C. R. DE KENDALL	URBA	PIB	PIB A	PIB I	PIB S	PIB C	ESCOL	RI	IDH	IM	IC	PI	MM	MPRE	BP
MORTALIDADE INFANTIL	0.305 95%	0.082 NS	0.223 NS	0.106 NS	0.141 NS	0.082 NS	0.280 95%	-0.141 NS	0.180 NS	0.338 97.5%	0.09 NS	0.000 NS	0.327 97%	0.894 99.9%	0.437 99%
MORTALIDADE PERINATAL	0.345 98%	0.10 NS	0.04 NS	0.123 NS	0.111 NS	0.10 NS	0.21 NS	-0.135 NS	0.125 NS	0.331 97%	0.135 NS	-0.03 NS	0.320 95%	0.786 99.9%	0.346 95%
MORTALIDADE NEONATAL	0.287 95%	0.088 NS	0.216 NS	0.135 NS	0.123 NS	0.135 NS	0.249 NS	-0.146 NS	0.172 NS	0.306 95%	0.076 NS	-0.006 NS	0.257 NS	0.739 99.9%	0.430 99%
MORTALIDADE TARDIA	0.123 NS	0.041 NS	0.170 NS	0.09 NS	0.01 NS	-0.08 NS	0.103 NS	0.02 NS	-0.031 NS	0.208 NS	0.01 NS	-0.126 NS	0.157 NS	0.587 99.9%	0.334 97.5%

Legenda:

URBA= urbanização; PIB= Produto Interno Bruto; PIB A= PIB Agrícola; PIB I= PIB Industrial; PIB S= PIB Serviços; ESCOL= Escolaridade; RI= Renda Insuficiente; IDH= Índice de Desenvolvimento Humano; IM= Índice de Médico por Habitante; IC= Índice de Consulta Médica; PI= Parto Institucional; MM= Mortalidade Materna; MPRE= Mortalidade Pré-Escolar; BP= Baixo Peso ao Nascer.

As causas de óbitos foram agrupadas em quatro grupos, de acordo com a evitabilidade das mesmas, que a seguir são apresentadas:

1. Grupo 1 - Causas associadas à qualidade da atenção a mulher no período de gravidez e parto;
2. Grupo 2 - Causas evitáveis com medidas de proteção específica e atenção à saúde preventiva;
3. Grupo 3 - Causas difíceis de serem evitadas (anomalias congênitas, tumores, etc.);
4. Grupo 4 - Causas externas difíceis de serem evitadas (acidentes em geral)

Como pode ser observado na Tabela N.º 3, a seguir, as causas de óbitos em menores de 1 ano estão confirmando a problemática em relação a atenção ao pré-natal e ao parto, especialmente.

Essa avaliação foi realizada somente nos municípios da 7ª Região de Saúde, vale, no entanto, chamar a atenção que essa é uma realidade de todos os serviços de saúde, em que o modelo assistencial privilegia o quantitativo em detrimento do qualitativo.

Tabela N.º 3 - Causas de óbitos em menores de 1 ano na 7ª CRS/RS, por Grupos de evitabilidade. Bagé, 2000.

CAUSAS POR GRUPO	Nº Absoluto	%
1- Causas associadas à qualidade da atenção a mulher no período de gravidez e ao parto	56	50.5
2- Causas evitáveis com medidas de proteção específica e atenção saúde preventiva	35	31.5
3- Causas difíceis de serem evitadas	18	16.2
4- Causas externas difíceis de serem evitadas	2	1.8
TOTAL	111	100

Considerou-se, igualmente oportuno, identificar a associação entre a MI, a Mortalidade Pré-escolar- MPE (1 a 4 anos) e o Baixo Peso ao Nascer - BPN (< 2500g), porquanto estes indicadores constituem fatos intimamente relacionados entre si.

Corroborou-se uma associação forte entre a Mortalidade Pré-escolar e o Baixo Peso ao Nascer com cada um de seus componentes da MI (neonatal e tardia) e com a Mortalidade Perinatal, enquanto a Mortalidade Materna apareceu fortemente associada com a MI e Mortalidade Perinatal.

Esta associação pode estar indicando uma influência da qualidade da atenção no pré-natal e no parto em relação à Mortalidade Infantil. Esta situação foi bastante reforçada pelos IC , na qual enfatizam a necessidade de melhorar a qualidade assistencial.

Um Serviço de Saúde que responde as necessidades do processo de viver saudável e adoecer da população na qual está inserido, deve levar em consideração que as atividades, produzidas por ele, deve contemplar as características desse processo alicerçadas pelo perfil sócio-sanitário e epidemiológico, que vai determinar a quantidade de trabalhadores para o sistema em um nível de qualidade desejável.

Veja algumas falas:

"...o nosso serviço de saúde pública vem ao longo desse tempo todo aí, deixando a desejar ... [há uma] desassistência, acho que é a causa provável, sem dúvida [da mortalidade infantil]" (IC22).

"... A população [referindo-se ao seu município] praticamente duplicou..., na realidade, [os prenatalistas], se resumem a três ou quatro... para quem já teve 10 ou 12 ... acredito que houve uma defasagem muito grande desse tipo de atendimento" (IC 15).

Risco Relativo Multivariado da Mortalidade Infantil da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS. Estudo de caso-controle.

Como já citado anteriormente, para a análise do Risco Relativo Multivariado, no estudo de caso-controle, da MI na 7ª CRS (dados de 1998), foram retirados os dados da DN's e inicialmente trabalhadas as seguintes variáveis: local de nascimento, sexo, peso ao nascer, duração da gestação, tipo de parto, n.º de consultas pré-natal, idade da mãe, grau de instrução da mãe, n.º de filhos tidos, residência habitual (rural ou urbana), renda insuficiente (% do município), índice desenvolvimento humano - IDH¹² (valor do município), dia da

¹² É um indicador de qualidade de vida, elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD, utiliza os níveis de renda, saúde e educação (Minayo et al, 2000)

semana do nascimento. Para os casos: dia da semana do óbito, tempo de vida e causa da morte. (ver Anexo 10, já referido).

Em relação ao estudo de variáveis preditoras da mortalidade infantil da 7^a. CRS, o estudo de caso-controle se processou da seguinte forma: em primeiro lugar os dados foram agrupados para se buscar um modelo ótimo para a sua análise. Dentre os modelos construídos, foi escolhido como o modelo ótimo o que se encontra na Tabela N.º 4, na página a seguir em que aparece diferenciado. A escolha se deu em função da análise realizada em que o mesmo apontava maior grau de associação entre as variáveis estudadas como as que seguem: duração da gestação, consultas pré-natais, número de filhos, o peso ao nascer, renda e tipo de parto. Observe a Tabela N.º 4: Coeficiente Z de Modelos Construídos para a Escolha de um Modelo Ótimo para Análise Multivariada da Mortalidade Infantil e Antecedentes Sócio – Demográficos, da 7^a. CRS .

Vários estudos a respeito da MI levaram em consideração as variáveis contempladas no Modelo Ótimo adotado neste estudo, dentre eles destacam-se: o estudo de Pelotas/RS (Barros, 1984; Menezes, 1996 e Víctora, 1996), no Recife/PE (Doherty,1991), no Rio de Janeiro (Duarte, 1996 e Fraga, 1999), em Porto Alegre /RS (Arets, 1997), nos Estados Unidos (Ress, 1997), em Presidente Prudente/SP (Gomes e Santo, 1997) em Salvador/BA (Solla et al,1997), em Fortaleza/CE (Leite, et al 1997), em Cuba (Espinosa, Darias e Escobar, 1999) em Campinas /SP (Maristoni e Barros Fº, 2000).

Tabela N.º 4 - MODELOS CONSTRUÍDOS PARA A ESCOLHA DE UM MODELO ÓTIMO PARA ANÁLISE MULTIVARIADA

MODELOS	1-LN	2-DG	3-RH	4-CPN	5-GI	6-IH	7-IM	8-NF	9-PN	10-R	11-TP
1-Lugar de nascimento; 2-duração da gestação; 3-residência habitual; 4- consulta pré-natal; 6-índice de desenvolvimento humano, 7-idade da mãe; 8-número de filhos; 9- peso ao nascer; 10-renda; 11-tipo de parto	- 0.83	- 4.94	0.34	- 2.22	- 0.21	1.30	2.4	1.94	- 2.32	1.05	- 1.38
1-Lugar de nascimento; 2-duração da gestação; 3-residência habitual; 4- consulta pré-natal; 6-índice de desenvolvimento humano, 7-idade da mãe; 8-número de filhos; 9- peso ao nascer; 11- tipo de parto	- .86	- 4.93	0.35	- 2.36	-	1.31	2.4	2.02	- 2.33	1.06	- 1.37
1-Lugar de nascimento; 2-duração da gestação; 3-residência habitual; 4- consulta pré-natal; 6-índice de desenvolvimento humano, 7-idade da mãe; 8-número de filhos; 9- peso ao nascer; 11- tipo de parto	- 0.95	- 4.9	0.40	- 2.38	-	0.86	2.61	1.92	- 2.44	-	- 1.42
2-duração da gestação; 4- consulta pré-natal; 5-grau de instrução; 6-índice de desenvolvimento humano; 7-idade da mãe; 8- número de filhos; 9- peso ao nascer; 11- tipo de parto	-	- 4.91	-	- 2.22	- 0.42	0.82	2.52	1.78	- 2.37	-	- 1.52
2-duração da gestação; 4- consulta pré-natal; 7-idade da mãe; 8- número de filhos; 9- peso ao nascer; 10-renda; 11- tipo de parto	-	- 4.91	-	- 2.35	-	-	2.58	1.87	- 2.53	0.25	- 1.50

O modelo ótimo está caracterizado pelas variáveis: duração da gestação, consultas pré-natal, idade da mãe, nº de filhos, peso ao nascer que apresentam o coef. Z significativo (superior a 1,96), considerando as variáveis.

A renda média do município de origem, tipo de parto como fatores de confusão a controlar.

A partir do estudo estatístico, foi calculado o Risco Relativo Multivariado da mortalidade infantil, como pode ser observado na Tabela N.º 5 que segue:

Tabela N.º 5 Análise do Risco Relativo Multivariado entre a MI e os antecedentes sócio- demográficos e de saúde. Estudo de caso controle. Bagé, 2000.

<i>Variáveis</i>	<i>Risco Relativo Multivariado</i>			<i>Significação de 95%¹³ Teste de Wald</i>
	<i>LI¹⁴</i>	<i>Risco</i>	<i>LS¹⁵</i>	
Local do Nascimento	0,63	1.25	2.48	NS¹⁶
Duração da Gestação	5.07	8.75	15.12	Significativo
Residência Habitual	0.61	1.20	3.38	NS
Controle Pré – natal	1.78	2.56	3.68	Significativo
Grau de Instrução da Mãe	0.95	1.01	1.74	NS
Índice de Desenvolvimento Humano - IDH	0.75	1.01	1.36	NS
Idade da Mãe	1.33	2.17	3.4	Significativo
Número de Filhos Tidos	0.94	1.27	1.71	NS
Peso ao Nascer	2.16	2.83	3.69	Significativo
Renda Insuficiente	0.63	1.00	1.59	NS
Tipo de Parto	0.86	1.41	2.31	NS

¹³ A expressão 95% significa que a cada 100 vezes que se repete um estudo similar a este, em 95% deles, se obtém um RRM diferentemente de ZERO. O indicador 95%, expressa uma certeza para aferir que esse RRM é diferente de ZERO.

14 LI = Limite Inferior

15 LS = Limite Superior

16 NS = Não Significativo

A análise do Risco Relativo Multivariado procura aprofundar na magnitude do risco específico para cada fator, uma vez que se pode controlar pelo modelo “efeito confusor”, gerado pelos restantes fatores e de possíveis interações entre si.

Constatou-se neste estudo, que os riscos significativos para a criança que nasce e morre no 1º. ano de vida são os a seguir descritos:

Em relação a Duração da Gestação – DG os dados revelam **5 - 15 vezes** maior risco de morte no 1º. ano de vida a cada grau¹⁷ que diminui a duração da gestação, isto é, quanto menor for o tempo de gestação maior é o risco.

Barros et al (1984) também denotam em seus estudos a idade gestacional como um fator de risco na análise multifatorial realizada.

O mesmo acontece com o controle pré-natal realizado pelas gestantes. O resultado encontrado foi de **2 - 4 vezes** maior risco de morte no 1º. ano de vida a cada grau que diminui o controle pré-natal, quer dizer, o número de consultas pré-natal realizadas pela mulher gestante.

Vários estudos apontam a relação do controle pré-natal com a mortalidade infantil, como pode ser verificado a seguir:

Benício et al apud Solla et al (1997), com a utilização da análise multifatorial, apontam que os fatores que apresentaram associação com o BPN foram a ausência da atenção PN.

Leite et al (1997) indicam que, embora o aumento do número de mulheres que fizeram uma ou mais consultas durante o pré-natal tenha sido de 40% entre os anos de 1987 e 1990, os achados sugerem problemas com a qualidade desse pré-natal, ou a falta de um sistema de atenção regionalizada com definição precisa dos níveis de competência das unidades de saúde

¹⁷ Grau significa o agrupamento das informações para cada variável estudada, por exemplo:
Duração da gestação: 1- 0 a 21 sem; 2- 22 a 27 sem; 3- 28 a 36 sem., 4- 37 a 41 sem.
Controle pré-natal: 1= nenhuma, 2 = até 6 consultas, 3= mais de 6 consultas.
Idade da mãe: 1= entre 20 e 30 anos e 2= menor que vinte e maior que 30 anos.
Peso ao nascer: 1= 0-2500g, 2=2501-3085g, 3=3086-3500g, 4=3501-5000g

do sistema e com garantia de referência, para centros mais especializados, das gestantes consideradas de risco.

A atenção pré-natal, embora não possa por si só modificar a exposição dos fatores de riscos aqui apontados, pode evitar ou reduzir esses riscos. Por isso é indicado que esses fatores que apresentam correlação com o BPN devam receber uma atenção especial (Sallo, 1997).

Halpen, et al (1998) mostram em seu estudo uma cobertura de pré-natal bastante alta em Pelotas. Apesar disso, confirmam descrevendo desigualdades dos cuidados oferecidos às gestantes. Mães com melhores condições são as que consultam mais durante a gestação; e as de menor renda, a proporção de pré-natal inadequado foi de 16% contra 1% das que tem melhor renda.

Espinosa, Darias e Escobar (1999), no estudo que realizaram, constataram que as mulheres que tiveram um controle tardio da gravidez, assim como as avaliações subsequentes fora do tempo estipulado, apresentaram um risco 1,65 vezes maior de ter filhos com baixo peso ao nascer. Aponta, ainda, que o risco é maior quando a atenção pré-natal é iniciada depois do 5º mês.

Fraga (1999) coloca que o novo perfil assumido pela mortalidade infantil, com o aumento significativo na totalidade dos óbitos da incidência de causas vinculadas às afecções no período perinatal, requer uma maior inserção em programas e serviços de assistência e atenção pré-natal, que é extremamente precária no país em que somente 19% dos estados brasileiros prestam uma cobertura acima de 40% segundo os dados do Ministério da Saúde.

A respeito da relação da idade da mãe e a MI, também foi significativa, resultando **2 - 4 vezes** maior o risco de morte no 1º. ano de vida se a idade da mãe é menor de 20 anos e maior que 30 anos.

Puffer e Serrano (1973) alertam que, além das causas múltiplas de MI, a idade da mãe e a ordem do nascimento guarda uma relação direta com a magnitude da mortalidade na infância.

Uma investigação bem conhecida sobre a MI, acontecida nos EEUU, que chamou a atenção aos fatores sócio-biológicos e sócio-econômicos, incluídos aqui a idade da mãe, revelou que as taxas de MI eram mais baixas entre as mulheres entre 25 e 29 anos, e elevadas entre as mulheres jovens ou idades acima de 35 anos (Puffer e Serrano, 1973).

Bettiol et. al. (1992) colocam que a atenção médica à gestação e ao parto, número e tipo de consultas pré-natais, categoria de internação hospitalar e tipo de parto, a idade materna inferior a 20 anos, estiveram sempre associadas com os indicadores mais desfavoráveis para saúde perinatal.

Sallo et al (1997) realizaram um estudo semelhante a este (com 1023 nascidos vivos em Salvador/BA) em que utilizaram a regressão logística, recorrendo a construção de um modelo multifatorial. Dentre as variáveis controladas pelo modelo, apontam a relação significativa entre a idade da mãe e o BPN.

Ribeiro et.al (2000) estudando duas coortes de mães adolescentes em um município do sudeste do Brasil, apontam que muitas das características das mães adolescentes de 13 a 17 anos foram mais desfavoráveis do que aquelas com 18 e 19 anos. O aumento de mães adolescentes em 1978/79 era de 14,1% em 1994 17,5%.

Quanto ao peso ao nascer pode ser observado que o risco foi maior **2 - 4 vezes** de morte no 1º. ano de vida na medida em que o rango de peso ao nascer diminui um grau.

Doherty et al, (1991), concluem em seus estudos em relação a mortalidade pós-neonatal a maior freqüência é no grupo dos baixos pesos ao nascer. O risco relativo de óbito neste período é nas crianças com peso inferior a 2.500 g, isto é, de 2,49 vezes maior que nos outros grupos de peso ao nascer.

Barros et al (1996) colocam que o achado mais intrigante do estudo que realizaram em Pelotas/RS, talvez tenha sido o aumento da proporção de crianças de baixo peso ao nascer. Em 1982 era a de 9%, aumentou para 9,8% em 93. Esses índices em que, quando ajustados através da regressão logística, mostram que os efeitos da nutrição materna e situação sócio-

econômica e o risco de nascimento com baixo peso tornaram-se 33% maiores que em 1993 do que em 1982. Esse aumento foi decorrente, tanto da maior proporção de nascimentos de crianças pré-termo com peso adequado para idade gestacional, como o de crianças nascidas a termo, com retardo de crescimento intra-uterino.

Boerma et al (1998) colocam que a informação sobre baixo peso ao nascer é significativa. As estimativas de baixo peso são reconhecidas em nível internacional de bem estar dos neonatos e das mulheres em idade fértil, é o que determina a probabilidade que tem um neonato de sobreviver. Foi selecionado recentemente a incidência de BPN como um dos indicadores empregados para monitorar as metas de saúde estabelecidas pela Cúpula Mundial em Favor da Infância.

É importante salientar que, se o fato de que o lugar de nascimento, a residência habitual, o grau de instrução da mãe, o índice de desenvolvimento humano, o número de filhos, a renda e o tipo de parto não ofereceram risco relativo relevante, não está significando que estes fatores não intervenham no modelo causal de determinação, mas que os mesmos estão se comportando como fatores mediadores. Isso pode ser apontado uma vez que este estudo controlado pelo modelo multivariado, possibilitou que os riscos significativos, antes referidos, se expressassem (controle de sinergismo fatorial positivo e negativo).

Pode-se, ainda, acrescentar a esta análise que a Duração da Gestação, por si só é significativa, pois tem uma relação direta com o peso ao nascer, isto é, quanto menor for o tempo de gestação, menor será o peso da criança ao nascer, assim como o grau de maturidade (viabilidade) do feto.

O grau de instrução, embora não significativo (observe na Tabela Nº 5), é quase um (1), quer dizer, quase que entra na escala de significação, ainda assim deve ser levado em consideração (controlado) no momento da atenção ao pré-natal, ao parto e a criança. Indica que quanto mais baixo for o grau de instrução mais baixo também é o número de consultas pré-natais.

Um dado que mais uma vez corrobora com os apontados pelos IC, diz respeito ao controle pré-natal. Como já referido, este deve ser pensado na perspectiva de uma relação dialógica, especialmente, pois a idade da mãe, dentre outros fatores, tem influência nesta relação, especialmente os extremos da idade. Neste estudo as mulheres com idade menor de 20 ou maior que 30 anos, têm três (3) vezes mais risco de terem filhos falecidos no 1º de vida.

É preciso, pois, construir uma assistência ao pré-natal com um esforço concentrado às mulheres mais jovens e, ainda, as que são primíparas, além de desenvolver programas de educação sexual com os jovens para prevenir a gravidez precoce.

O estudo de Ress (1997) com 16,4 milhões de nascimentos de 1983 a 1987 no Estados Unidos, referenda a questão do baixo peso ao nascer relacionada à idade da mãe. Para ele, *"as adolescentes tiveram filhos mais leves, o peso elevou-se de forma constante para cada ano a mais da idade da mãe"* (p.226).

Um outro aspecto que vale ressaltar neste estudo, diz respeito a experiência da mulher em relação ao pré-natal. O estudo indica que as mulheres com três ou mais filhos fazem menos o controle pré-natal. O pré-natal realizado parece indicar que as mulheres não o concebem como uma experiência positiva, ao contrário, quanto maior for a experiência maior será o rechaço, quer dizer, uma experiência negativa. Essa situação aparece em toda a amostra. O componente "aprendizagem", tão falado nos programas de educação em saúde e no próprio programa de atenção pré-natal, parece indicar que esta experiência muito pouco tem acrescentado à vida das mulheres.

San Martin (1975) chama a atenção em relação a mortalidade perinatal em que coloca que, ao ser esta causada por um conjunto constante de fatores que atuam ao final da gestação e que são preveníveis com técnicas obstétricas adequadas, traduz a importância relativa do fator obstétrico, quer dizer, a mortalidade perinatal expressa os riscos obstétricos do feto e do recém nascido.

Sabe-se que hoje existem medidas avançadas que possibilitam diminuir a mortalidade perinatal, especialmente, garantindo uma atenção adequada ao pré-natal (dando uma atenção

especial ao estado nutricional da mãe, estado físico e informações inerentes ao estado gravídico e educação em geral) ao parto, adotando técnicas apropriadas a cada mulher em particular, são medidas que desempenham um papel importante na redução da mortalidade infantil (San Martin, 1975).

Em função de que os Serviços de Saúde estão concentrados na cidade, a atenção ao pré-natal está centrada na zona urbana. Das mulheres que residem na zona rural e que estão grávidas, 80% delas fazem menos de seis controles durante o período gestacional e 17% não o realizam, contra 13% das que residem na zona urbana.

Sabe-se que o atendimento pré-natal é totalmente passivo, isto é, não há um sistema de procura ativa. O sistema está internalizado, centrado na consulta. Oferece-se um serviço para aquela usuária que procura os serviços e, como a demanda é sempre maior na zona urbana, aí é onde está concentrado o atendimento. Isso indica que o trabalho comunitário é deficiente e que o atendimento está centrado no âmbito institucional.

O resultado em relação à renda insuficiente e número de consultas pré-natais, foi altamente significativo. Paradoxalmente, as mulheres com renda insuficiente que tiveram filhos falecidos no 1º ano de vida, foram as que fizeram mais controles (seis ou mais), mas também onde mortalidade infantil foi maior. O atendimento parece indicar que é em quantidade, sem qualidade para quem não tem renda, quer dizer: "pobre para pobre". Obviamente que aqui não se está descartando a qualidade de vida dessa mulher, pois a consulta pré-natal e o índice de desenvolvimento humano indicam que é menor o número de consultas quanto menor for o IDH.

O peso ao nascer foi outra variável significativa em relação ao maior risco de morte no 1º ano de vida. Isso pode estar a indicar o estado nutricional da mãe (as condições de vida), ao mesmo tempo a qualidade assistencial que está sendo ofertada a essas mulheres.

Peso ao nascer é forte preditor de morbidade e mortalidade infantil. Pela facilidade de medida e obtenção rotineira nas primeiras horas de vida, é utilizado para descrever e classificar a população de recém-nascidos (Mortoitoni e Barros F.º, 2000).

Para Doherty et al. (1991) esta variável [peso ao nascer] é, em todo o mundo, em todos os grupos de população, o fator individual mais importante que determina as possibilidades do recém-nascido sobreviver e ter um crescimento e desenvolvimento normal.

O Estudo de Pelotas, sobre duas coortes de base populacional, evidencia uma população em plena transição epidemiológica, a MI em queda e o peso ao nascer praticamente inalterado, na década estudada (1982 a 1993). Estes resultados podem ser interpretados como revelando melhoria no atendimento médico à população materno-infantil, embora as condições básicas de saúde e nutrição do feto e do lactente tenham se mantido inalteradas (VICTORA, 1996).

Quanto ao mesmo fator, peso ao nascer, encontramos uma situação curiosa na 7ª CRS, em relação à média geral do Estado do Rio Grande do Sul. O baixo peso em 1998 na 7ª CRS encontra-se menor que a média estadual (8,6% e 8,9%, respectivamente), mas ao mesmo tempo é a regional que tem maior mortalidade perinatal e infantil em todos os seus componentes, como mostra o Anexo 1.

Referendando a análise deste trabalho, cito um estudo bibliográfico realizado por Kosu et al (s.d.), quando analisam 2085 artigos do *Medline* dos anos de 1993 a 1997. Nele, encontraram 82 artigos que descrevem a mortalidade infantil em termos globais, a distribuição dos óbitos no primeiro ano de vida segundo as causas básicas de mortes, os fatores de risco associado à sua prevalência nos diversos países e regiões. Estes estudos indicaram uma forte associação com o cuidado pré-natal, o baixo peso ao nascer, parto prematuro, o tipo de parto e a MI. Destacaram como as principais causas, o nascimento antes das 37 semanas, gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer.

O estudo da MI com a utilização da técnica de Regressão Logística com análise de Risco Relativo Multivariado pode enfatizar alguns aspectos apontados pelos informantes-chave, que, analisados em conjunto, apontam à necessidade de investimentos na saúde, tanto quantitativa quanto qualitativamente.

Ficou evidente neste trabalho e corroborado com outros estudos apontados aqui, que há um problema grave na atenção à mulher no período grávido-puerperal, especialmente, torna-se necessário que sejam tomadas as medidas cabíveis, pois, assim não procedendo, possivelmente o indicador Mortalidade Infantil continuará se mantendo nos níveis atuais.

A partir deste processo de análise, também, se pode evidenciar que há um problema de cobertura dos Serviços de Saúde, uma vez que os mesmos estão organizados de forma a atender a demanda espontânea, em detrimento de uma saúde pensada estrategicamente de acordo com o perfil epidemiológico e social, com a organização dos serviços operacionalizada de forma preventiva.

Quando se fala em tomar medidas a respeito, está se querendo dizer que a atenção que deverá ser proporcionada à mulher e à criança deve contemplar a dimensão do viver humano numa relação ética e dialógica.

"O mundo está nas mãos daqueles que têm coragem de sonhar, e correr o risco de viver seus sonhos. Cada qual com o seu talento".

Paulo Coelho



VI A MORTALIDADE INFANTIL - REFLEXO DA DESIGUALDADE SOCIAL E NA ATENÇÃO À SAÚDE

Durante todo o processo desenvolvido neste estudo, pode-se inferir que a Mortalidade Infantil, no patamar em que se encontra, é decorrente de um Estado que não privilegia a saúde. De um Estado que se desresponsabiliza pelas questões sociais em função de uma "reforma", influenciada pelas idéias neoliberais e convistas a integração no processo de globalização que privilegia a produtividade e os ganhos de capital em detrimento da valorização humana.

A desestruturação do *Welfare State*, tem trazido conseqüências nefastas às sociedades em geral, em especial, aos países do 3º mundo e ao Brasil. Tais políticas ajuste que vem se sucedendo a cada ano, ampliaram a pobreza e aprofundaram as desigualdades. Enfatizam e recomendam, para aliviar tal situação, medidas focalizadas (compensatórias) dirigidas, especialmente, aos grupos mais vulneráveis. O mecanismo de seletividade, adotado pelo Estado mínimo, direciona as ações públicas (parciais e segmentadas) para os mais pauperizados, introduzindo uma cunha formal (de base legal) e ideológica nos direitos de cidadania de caráter universal (Escorel e Giovanella, 2000).

Esse tipo de política certamente não consegue resolver as profundas desigualdades sociais existentes no Brasil, ao contrário, a tendência é o de aprofundar e consolidar as diferenças. Medidas limitadas e de qualidade duvidosa, são incompatíveis com uma sociedade democrática. Esse pontos foram discutidos na etapa brasileira, Rio de Janeiro, como subsídio para o Congresso sobre a Reforma do Estado e a Saúde, recentemente (julho de 2000) ocorrido em Havana, Cuba.

A questão da equidade em saúde, como já discutido neste trabalho, tem várias interpretações. Neste estudo, pode-se inferir que o grupo populacional estudado não

experimenta iguais oportunidades, pois que as políticas sociais, notadamente a da saúde, não têm tido ou não têm levado em consideração as prioridades emergentes da realidade, para eliminar ou reduzir as diferenças, a partir de elementos considerados, ao mesmo tempo, evitáveis e injustos, porquanto algumas políticas municipais não têm possibilitado a diminuição da Mortalidade Infantil.

É bom recordar aqui que a atenção à saúde (os cuidados em saúde), como sinaliza Escorel e Giovanella (2000), é apenas um, entre inúmeros fatores que contribuem para a desigualdade em saúde.

Pois, como, também, aponta Fleury (1995), não se cria a equidade por meio apenas da lei e da estrutura do Serviço de Saúde. É necessário haver um pacto social que fundamente a igualdade básica, embasada num projeto de retomada do crescimento econômico que implique uma melhor distribuição de renda e fortalecimento do poder público, no campo da saúde.

As ações de saúde pensadas de forma isolada, tende a minimizar as iniquidades em saúde, não as resolve.

Ainda, sobre as Políticas de Saúde, vale ressaltar que as mesmas tem produzido no Brasil e expressam na região estudada, diferenças no direito e acesso aos Serviços de Saúde, quando se percebe medidas focalizadoras, inevitavelmente compensatórias, pois que as mesmas não estão integradas e interligadas às Políticas Sociais, particularmente a da Saúde no seu todo.

Dentre essas medidas compensatórias, destacam-se aqui, os Programas recentemente implantados em quase todo o território nacional, como o PACS e o PSF, que não tem experimentado mudar o modelo assistencial, pois que os mesmos tendem a permanecer na internalidade dos Serviços, virtualmente centrados na doença e na consulta médica.

A respeito desses programas, no Estado do Rio Grande do Sul, começa a se delinear uma outra perspectiva quando, a Secretaria de Estado da Saúde propõe, no momento, a descentralizar a discussão sobre temas para redimensionar a ação em Saúde. Atualmente, está em processo de criação os pólos de capacitação em Atenção Básica/Saúde da Família,

com a possibilidade de sensibilizar os trabalhadores, os usuários e os gestores, a respeito do assunto.

Outro ponto já assinalado neste trabalho, diz respeito à concepção de ação integral que ainda é uma meta a ser conquistada. As políticas municipais têm se centrado em apenas oferecer medidas compensatórias, como já foi discutido. Trata-se de medidas verticais, não se constituindo em uma estratégia para enfrentar as questões de saúde no seu todo, assim como as necessidades de saúde da população (serviços organizados que respondam a essas necessidades em todos os níveis).

Cabe aqui comentar, é que a Mortalidade Infantil, resulta das condições de vida de uma população. Como descreve Monteiro (1982), a relação de oposição entre a MI e o nível sócio-econômico, essa oposição tende a persistir tanto na história dos países, hoje, denominados desenvolvidos, como na história dos não desenvolvidos.

Arets (1997) coloca que as chances de sobrevivência da criança estão intimamente relacionadas ao acesso à informação; aos serviços de saúde e à qualidade da atenção pré-natal que a mãe recebe; ao atendimento ao parto e à tecnologia disponível para este fim; todos esses itens irão determinar a qualidade da vida futura. É certo também que, dependendo da inserção dos grupos populacionais, irá determinar a qualidade de atenção à saúde recebida, como pode-se ver na análise dos resultados desse estudo. Os mais pobres tem menos acesso aos bens e serviços, e quando ofertados, muitas vezes, são de péssima qualidade, resultando em uma experiência negativa para os usuários.

Além da qualidade dos serviços oferecidos, cabe salientar a relação estabelecida com os usuários, com os profissionais (trabalhadores) e com os gestores de saúde. A relação estabelecida, normalmente é de dominação (uso do poder através do saber), é verticalizada, independente do nível em que ocorrer, a comunicação normalmente é um monólogo, como descreve Faria (1998).

A população ainda não conseguiu, na maioria dos casos, se "apoderar" dos Serviços de Saúde que lhe pertence. A lógica do direito à saúde ainda está um tanto longe de ser exercida e, o controle social, ainda, é uma utopia a ser alcançada. Quase sempre, os usuários não se sentem parte do Serviço de Saúde, porque este não faz parte da sua história

e não traz resolução para seus problemas, inclusive, os mais simples e/ou imediatos. São pacientes de fato, deixando de serem sujeitos nesse processo.

Necessitamos, pois, pensar um Serviço de Saúde que dê conta das peculiaridades de cada localidade, pensando a atenção a saúde diferentemente, em que o sujeito usuário do sistema passa a ser partícipe das ações de saúde (seja qual for o nível de atenção).

Gomes e Santo (1997), ao referirem-se sobre o controle da Mortalidade Infantil, destacam a necessidade de serem adotadas duas estratégias: uma que poderia ser chamada de política -econômica, e outra, de uma abordagem técnica. A primeira seria desenvolvida pelos governos, priorizando os investimentos para melhoria da qualidade de vida de amplas camadas da sociedade; a segunda, em sintonia, atuando na formulação e desenvolvimento de planos adequados para ações de saúde coletiva ou de assistência médica.

Com a descentralização do gerenciamento dos serviços públicos, tendo como base o município (municipalização), há necessidade de serem formulados projetos precedidos de estudos a fim de se verificarem as prioridades locais. Mesmo, mantidas as desigualdades por fatores sócio-econômicos tidos como causais, há necessidade de serem elaborados métodos que forneçam aos gestores municipais maneiras rápidas de identificar prioridades para o controle e diminuição da mortalidade infantil.

Para dar subsídios a esses gestores, aos trabalhadores de saúde e à população em geral, se necessita de um Sistema de Informação em Saúde - SIS, articulado para este fim, não fazendo parte de uma mera formalidade burocrática, que acontece na maioria das vezes. Um sistema que referende os preceitos constitucionais e legais do SUS, que possibilitem a análise da situação de saúde no nível local e que leve em consideração as condições de vida da população no processo saúde-doença.

Historicamente, a construção desses sistemas tem sido voltada para a racionalidade, centralização e verticalização. O que se verifica, a partir dessa concepção, é o acúmulo de dados, com pequena utilização para o apoio às decisões, e poucas são as informações que se integram, para dar conta da complexa situação de saúde das diferentes regiões do país e dos Estados.

A responsabilidade dos gestores, muitas vezes, engloba o modelo racional de administrar e gerenciar, com atos isolados entre o decidir, dirigir e comandar, não envolvendo a epidemiologia para as suas ações.

A necessidade de formação de gestores locais de saúde já tem mobilizado alguns investimentos e a disposição de alguns governos estaduais, no sentido de estabelecer ações que permitam uma gestão local com possibilidades de informação e formação, na perspectiva de modificação do modelo assistencial instalado, com definições de prioridades e tecnologias adequadas. E a epidemiologia, neste caso, deveria permear todo esse processo como a ciência básica na gestão em saúde, como já foi comentado durante esse trabalho.

Em relação à Mortalidade Infantil, a diminuição no Brasil como um todo, no Rio Grande do Sul e na 7ª CRS, deve-se por um lado a um aumento da cobertura da rede de Serviços de Saúde. De outro, deve-se à melhoria da urbanização, a extensão de infraestrutura urbana, à diminuição da fecundidade.

Mesmo sendo o Rio Grande do Sul um Estado com melhores condições de saúde comparado com o restante do país, conta com diferenças bastante acentuadas internamente. É o caso da 7ª CRS, que, mesmo que tenha experimentado, nos últimos anos uma diminuição deste indicador, ele é diferenciado entre seus municípios, em patamares elevados, sendo a região onde a MI é mais elevada do Estado.

É consenso, entre os vários autores estudados, a importância dos Serviços de Saúde na redução da MI. Salientaria, aqui, um serviço de qualidade, integral, equânime e com controle social. Mas é preciso deixar claro que não é somente isso que faz diminuir este indicador. A tendência é amenizar mas se outras medidas não forem consideradas (como melhoria da qualidade de vida), a redução tende a ser variável e descontínua.

Víctora (1988), referencia a influência das melhorias do Sistema de Saúde em relação a MI, mas enfatiza que tais modificações terão que ser radicais, com ênfase na prevenção, na descentralização do atendimento, na utilização de tecnologias adequadas e prioridade aos grupos de risco.

Entretanto, concordo plenamente com Arets (1997), quando diz que o impacto das medidas assistenciais e sanitárias sobre a MI é limitado, provocando uma redução até um patamar que tende a não ser ultrapassado, a não ser que se incidam sobre as desigualdades sociais existentes.

Ficou evidente, neste estudo, que há um problema grave no que diz respeito a assistência ao pré-natal, ao parto e à criança, necessitando investimentos tanto em relação a estrutura dos Serviços de Saúde quanto em relação aos sujeitos trabalhadores, na perspectiva de não só melhorar tecnicamente a atenção, mas que esta leve em conta as particularidades da mãe e da criança, estabelecendo uma relação de ajuda, de acolhimento, de respeito, enfim, que se estabeleça uma relação ética e justa.

Tanto as informações dos sujeitos do estudo, quanto as advindas da análise dos dados (o indicador MI, as variáveis estudadas no seu todo, como as causas que acometem as crianças que morreram) corroboram o exposto a cima.

Essas condições me levam a um outro tema que, creio ser inevitável que se pense. Refiro-me aos Polos de Capacitação para os Profissionais da Saúde, para que busquem formas de modificar o já posto, em que as questões objetivas sejam permeadas pela subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo de assistência a saúde.

Finalizo dizendo que se a MI está ligada às questões sanitárias e sociais, aí é que se deve travar o debate para transformação. Assim, é cada vez mais fortalecido o convencimento de que para resolver estes dilemas é preciso um projeto político que combata a pobreza e as diferenças sociais.

Pois, o que se quer é uma sociedade mais justa e igualitária, sem cidadãos de 1ª ou 2ª classe, uma sociedade moderna, construída no sentido de ampliar os direitos e não para perpetuar a exclusão (Garrafa, 1995). Que a política de saúde junto com as políticas econômicas, possam incidir sobre as condições de vida e de saúde da população, com ações específicas de combate à pobreza e às diferenças sociais.

Não se quer políticas "novas", com novas denominações. De nada adiantarão se não tiverem o interesse pela melhoria das condições de vida da população. Precisa-se, sim, de "fórmulas" mais criativas que proporcionem a saúde do cidadão. Urge a necessidade de

resgatar a cidadania, no sentido amplo, e, renovar as esperanças no sentido antigo de trazer às pessoas, a felicidade.

"O homem se distingue dos animais pelo fato de que toda a experiência que vai conseguindo da realidade a organiza continuamente".

Faustino Cordón



VII CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, gostaria de expressar a importância que foi o curso de Mestrado para mim. Todas as qualificações que fiz, seja em nível de pós-graduação ou não, foram sempre na área de saúde pública ou áreas afins e sempre foram na perspectiva da interdisciplinariedade, o que julgo importante.

Depois da graduação não havia participado em nada específico na enfermagem. Sinto-me presenteada com a possibilidade de ter cursado este mestrado. Foi um resgate extremamente rico com a profissão, pois reforçou a relevância que tem, especialmente com o compromisso de produzir conhecimentos para uma transformação da realidade de saúde e de vida das comunidades.

A realização deste trabalho foi de extrema significância. Embora os resultados obtidos tenham vindo ao encontro das expectativas, mesmo assim, surpreenderam muito, principalmente a partir do tema escolhido para esta dissertação, que me fizeram-me refletir, não somente os aspectos relacionado a ele, mas especialmente me fizeram discutir o cotidiano do trabalho em saúde e na enfermagem, e igualmente, também, os da vida enquanto trabalhadores de saúde.

O estudo da Mortalidade Infantil, nessa região do Rio Grande do Sul, significou aprofundar um olhar mais crítico nesta realidade que, de antemão, sabe-se que é problemática, no sentido de ser uma das mais altas do Estado como um todo e, com peculiaridades internas.

Creio que uma inovação se apresenta neste estudo. Falo aqui do tipo de estudo realizado, em que o olhar não foi só a partir dos dados, que são “frios” como referiu uma das participantes da prática assistencial que foi desenvolvida neste mestrado. A junção de duas fontes de informação, por exemplo, na minha opinião só enriqueceu o estudo. Além do mais, nós, enfermeiros, não temos o hábito de lidar com técnicas estatísticas avançadas como esta, razão pela qual também foi um aprendizado inigualável.

As informações dos Informantes-chave - IC foram observações que ajudaram a compreender o fenômeno em estudo.

Creio que o retorno aos serviços das informações contidas nesta dissertação poderão subsidiar as práticas de saúde nestes municípios, na tentativa de formulação de políticas adequadas a realidade. Os resultados serão enviados aos gestores dos municípios, à Regional de Saúde onde o estudo foi realizado, assim como para a Secretaria Estadual de Saúde.

Como resultado deste estudo, recomendaria a criação de Comitês de Mortalidade Infantil, em nível estadual, regional e municipal, a exemplo dos Comitês de Mortalidade Materna, que funcionam sistematicamente investigando todos os óbitos de mulheres em idade fértil. Desta maneira, todos os óbitos menores de um ano seriam investigados (monitorados), com a discriminação da causa *mortis* e de todas as suas características, indicando as possibilidades de intervenção imediata.

Os resultados desse estudo apontam para algumas questões que estão fortemente relacionadas com o modelo de assistência predominante nessa região, principalmente os relacionados com o binômio mãe e filho. Colocam um grave problema na assistência ao pré-natal, sendo necessário um investimento nesta área, capacitando os trabalhadores (de todos os níveis), priorizando ações educativas e preventivas de acordo com a população abrangida. Torna-se imprescindível o investimento na qualidade desses serviços, orientando para a integralidade e equidade.

A atenção ao parto também terá que ser de melhor qualidade, o que refletirá positivamente na Mortalidade Infantil. Sabe-se que quase 99% dos partos são realizados em instituições hospitalares, mesmo tendo uma vasta zona rural. Nesse aspecto, cabe aqui salientar que já dispomos de legislação pertinente sobre a presença do profissional capacitado na sala de parto, a exemplo do médico pediatra, conforme Portaria Ministerial que dispõe sobre a atenção ao recém nascido.

Quanto às causas (Anexo 11) dos óbitos em menores de um ano, da regional no ano de 1998, foram analisadas por grupos de evitabilidade, o que corrobora esses dois aspectos mencionados acima, indicando a necessidade de se investir qualitativamente nesses serviços, pois, como demonstra o estudo, a maioria das causas são passíveis de serem prevenidas.

A análise deste indicador não se esgota neste estudo. Creio que outros estudos devam ser realizados para aprofundar a questão, especialmente em relação à qualidade da assistência ao pré-natal, envolvendo os profissionais que atuam nas Unidades de Saúde, ao mesmo tempo em que se poderia estendê-lo em relação às mulheres que freqüentam essas unidades, na perspectiva de responder algumas das questões levantadas aqui.

Um outro aspecto, que julgo ser relevante, diz respeito a organização da assistência nos municípios no sentido de qualificá-la em todos os níveis, criando um sistema de referência com controle da qualidade assistencial prestada. O Conselho Municipal de Saúde seria o canal de articulação no controle desses serviços.

Por último, diria ser necessário que se estabelecesse um sistema de informações em que se processassem todos os dados, mas ao mesmo tempo em que se criasse, também, um canal que irradiasse os resultados em todos níveis do Sistema de Saúde, obedecendo ao grau de complexidade destes níveis.

BIBLIOGRAFIA

- AERTS, Denise Rangel. Investigação dos óbitos perinatais: seu uso no planejamento de políticas públicas. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, v. 73, n. 6, p. 364-365, nov./dez. 1997.
- ALMEIDA, Célia. Crise econômica, crise do *Welfare State* e reforma sanitária. In: GERSCHMAN, Silvia & Vianna, Maria Lúcia Werneck (Org.). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap. 10, p. 177-200, 1997.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de e ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. 2. Ed., São Paulo: Cortez, 1989, 128 p.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de e ROCHA, Semiramis Melani Melo. *O trabalho da enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997, 296 p.
- ALMEIDA Filho, Neomar. O objeto de conhecimento na epidemiologia. In: COSTA, Dina Czeresnia (Org). *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, p. 203-220, 1990.
- ALMEIDA Filho, Neomar et al. (Org.). *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces e tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ-ABRASCO, 1998, 256 p., Série Epidemiológica n. 2.
- ALMEIDA Filho, Neomar e Rouquayrol, Maria Zélia *Introdução à epidemiologia moderna*. Salvador/Rio de Janeiro: Apce Produtos do Conhecimento Co-edição ABRASCO, 1990, 203 p.
- AYRES, José Ricardo. *Epidemiologia e emancipação*. Rio de Janeiro/São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1995, 231 p.
- BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia e saber científico. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo: ABRASCO, v. 1, n. 1, p. 14 - 27, abri. 1998.
- BARRETO, Ivana, PONTES, Lígia e CORREA, Luciano. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*. [s.l.]: OPAS, v. 7, n. 5., p. 303-311, 2000.

- BARRETO, Maurício L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo: ABRASCO, v. 1, n. 2, p. 104-122, ago. 1998.
- BARROS, Fernando et al. Saúde perinatal em Pelotas, RS-BR: fatores sociais e biológicos. *Revista de saúde Pública*. São Paulo: USP-Faculdade de Saúde Pública, v. 18, p. 301-312, 1984.
- _____. Saúde materno-infantil em Pelotas-RS, Brasil: principais conclusões da comparação dos estudos de corte de 1982 e 1993. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ-ENSP, v. 12, p. 87-92, 1996, Suplemento n. 1.
- BETTIOL, Heloisa et al. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ-ENSP, v. 8, n. 4, p. 404-413, 1992.
- BOERMA, J. T. et al. Datos sobre el peso al nacer en países en desarrollo: ¿son útiles las encuestas? *Revista Panamericana de Salud Pública*. Whashington: OPAS, v. 3, n. 2, p. 88-95, fev. 1998.
- BORRELL, Carme. Métodos utilizados no estudo das desigualdades sociais e em saúde. In: BARATA, Rita Barradas. (Org). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, cap. 6, p. 167-195, 1997.
- BOWLING, A. *La medida de la salud: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson, 1994, 222 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília-DF, ago. 1992, 47 p.
- _____. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Comin. *Metas da Cúpula Mundial em favor da infância avaliação de meia década, 1990-1995*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BREILH, Jaime. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: UNESP-HUCITEC, cap. 2, p. 71-131, 1991.
- BREILH, Jaime e GRANDA, Edmundo. *Saúde na sociedade*. São Paulo: Instituto de Saúde/SO- ABRASCO-Cortez., 1989, 215 p.
- BUSS, Paulo M. Promoção de saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 5, n. 1, p. 163-178, 2000.
- CANESQUI, Ana Maria. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde da década de 80. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- CARNOTA, Orlando Lauzán *Curso de Administración para dirigentes*. Habana/Cuba: Editorial Ciencias Sociales, 1985, 328 p.
- CARVALHEIRO, José Rocha. Na apresentação da 2. Ed. In: BREILH, Jaime e GRANDA, Edmundo. *Saúde na sociedade*. 2. Ed São Paulo: Instituto de Saúde/SO-ABRASCO-Cortez, 1989, 215 p.

- CASTELLANOS, Pedro Luis. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, Rita Barradas (Org). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, cap. 2, p. 31-75, 1997.
- COHN, Amélia. Notas sobre o Estado, políticas públicas e saúde. In: GERSCHMAN, Sílvia & VIANNA, Maria Lúcia Werneck (Org.). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap. 6, p. 101-113, 1997.
- COSTA, Dina Czeresnia (Org.). *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1990, 220 p.
- CURI, P. R. Saúde da criança no final do século XX: avaliação dos indicadores publicados pelo UNICEF, 1990, nas Américas. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, v. 68, n. 3/4, mar./abr. 1992.
- DÂMASO, Romualdo. Justiça social e cidadania da saúde. In: EIBENSCHUTZ, Catalina, (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 267-311, 1996.
- DIOS, Jorge Luis Iglesias. *Banco de datos de mortalidad*. Habana-Cuba: Ministerio de Salud Publica. Escuela de Salud Publica "Carlos J. Finlay", p. 1-6, 1999. [capturado 2000 março 31] Disponível em <http://www.infomed.sld.cu/>
- DOHERTY, Fátima Maria. Mortalidade pós-neonatal: segundo o peso ao nascer. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, v. 67, n. 7/8, p. 245-248, jul./ago. 1991.
- DOMINGUEZ, Benito Narey Ramos e HENRIQUE, Jorge Aldereguia. La relación de lo biológico y lo social. In: *Higiene social y organizacion de la salud publica*. Habana-Cuba: Pueblo y Educación, cap. 2, p. 17-33, 1987.
- DUARTE, Cristina Maria R. Qualidade de vida e indicadores de saúde: aspectos da mortalidade infantil no Estado do Rio de Janeiro e suas regiões. *Cadernos de Saúde Pública*/Rio de Janeiro: FIOCRUZ-ENSP, v. 8, n. 414-427, out./dez. 1992.
- EGRY, Emiko Yoshikawa. *Saúde coletiva: construindo um novo método de enfermagem*. São Paulo: Ícone, 1996, 144 p.
- SCOREL, Sarah e GIOVANELLA, Ligia. Reforma em saúde & equidade. *Oficina de trabalho do VII Congresso da Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES) e XI Congresso da Associação Intenacional de Políticas de Saúde (LAHP)*. Havana-Cuba, 3-7 jun. 2000.
- ESPINOSA, Marcos Aurélio, DARIAS, Luís Saenz e ESCOBAR, José Andrés Carabales. Factores de riesgo del bajo peso al nacer, Hospital Gineco-Obstétrico Provincial de Sancti Spiritus. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Cuba: OPAS, v. 6, n. 2 . p. 95-98, ago. 1999.
- FERNANDES, Florestan (Coord.). *Marx: sociologia*. São Paulo: Ática, 1988.

- FLETCHER, R., FLETCHER, S. e WAGNER, E. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 3. Ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- FLEURY, Sonia. Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: USP-Faculdade de Saúde Pública, v. 29, n. 3, p. 243-250, 1995.
- FORMIGLI, Vera L. et al. Avaliação à saúde através da investigação de óbitos infantis. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ-ENSP, v. 12, p. 33-41, 1996, Suplemento 2.
- FRAGA, Paulo Cesar. Mortalidad infantil en municipios de Rio de Janeiro: aspectos socio-espaciales, desigualdades y políticas públicas para su enfrentamiento. *Cuadernos Médico Sociales*. México, v. 76, p. 83-91, 1999.
- GELBOKE, Francine Lima. Processo saúde-doença: à procura da essência. *Texto & Contexto*. Florianópolis: UFSC, v. 1, n. 2, p. 4-19, jul./dez. 1992.
- GERSCHMAN, Silvia & Vianna, Maria Lúcia Werneck (Org.). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, 226 p.
- GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília (Org.). 12. Ed. *Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade*. Petrópolis: Vozes, p. 67-80, 1994.
- GOMES, Jaime e SANTO, Augusto. Mortalidade infantil em município de Região Centro-Oeste Paulista-Brasil, 1990 a 1992. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: USP-Faculdade de Saúde Pública, v. 31, n. 4, [n. p.], ago. 1997.
- GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Coordenação e Planejamento. *Seminários de desenvolvimento regional*. Porto Alegre, 6 nov. a 19 dez. 1999.
- HABERMANS, J. *La Inclusión del outro*. Barcelona: Paidós. 1999, 258p.
- HALPEN, Ricardo et al. Atenção pré-natal em Pelotas-RS, 1993. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ-ENSP, v. 14, n. 3, p. 487-492, jul./set. 1998.
- HARTZ, Zulmira Maria et al. Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: USP-Faculdade de Saúde Pública, v. 30, n. 4, p. 310-318, 1996.
- KOSU, Katia T. et al. *Mortalidade infantil: causas e fatores de risco: um estudo bibliográfico*. [s.d.], [capturado 2000 março 31] Disponível em [http://www.medstudents.com.br/artigos originais](http://www.medstudents.com.br/artigos_originais).
- LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. [s.l.], 1982 (Mimeogr.).
- _____. (Coord.) *Nuevas tendencias y alternativas en el setor salud*. México: Casa Aberta al Tiempo, 1994, 128 p.

- LEITE, Álvaro Medeiro. Mortes perinatais no município de Fortaleza-CE: o quanto é possível evitar. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, v. 73, n.6, p. 388-394, nov./dez. 1997.
- LEFÈVRE, Fernando e LEFÈVRE, Ana Maria. Recuperando a fala do Social. *Eixo Promoção de Saúde*. São Paulo: USP-Faculdade de Saúde Pública, 1998, 6 p., Série Monográfica n. 9.
- LEOPARDI, Maria Tereza (Org.). *Saber fazer, saber criar*. Núcleo de Pesquisa. Florianópolis: Papa-Livro, 1995, 59 p.
- LUZ, Madel Terezinha. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde de década de 80. In: GUIMARÃES, Reinaldo e Tavares, Ricardo (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil, anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 131-152, 1994.
- MARX, Kall. *A questão judaica*. Rio de Janeiro: Laemmert, 1969, 248 p.
- MARX, Kall e Engels, Frederick. *La ideología alemana*. Montivideo: Pueblos Unidos, 1958, 685 p.
- MEYERS, A. A pobreza e a saúde infantil. *Clinica Pediátrica na América do Norte*. Rio de Janeiro: Interlivros, v. 6, 1988.
- MINAYO, Maria Cecília. *O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. Ed., São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993, 269 p.
- MINAYO, Maria Cecília, HARTZ, Zulmira Maria e BUSS, Paulo M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MIURA, E., FAILACE, L. H. e FRRIORI, H. Mortalidade perinatal e neonatal no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista da Associação Médica Brasileira*. São Paulo: Associação Médica Brasileira, v. 43, n. 1, p. 35-39, 1997.
- MONTEIRO, César Augusto. Contribuição para o estudo do significado da evolução da mortalidade infantil no município de São Paulo-BR, nas três últimas décadas (1950-1979). *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: USP-Faculdade de Saúde Pública, v. 16, p. 7-18, 1982.
- MORAES, Ilara H. Sozzi de. *Informação em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994, 172 p.
- MORIOTONI, Gladys e BARROS Filho, Antônio. Peso ao nascer e mortalidade hospitalar entre os nascidos vivos em maternidades de Campinas. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: USP-Faculdade de Saúde Pública, v. 34, n. 1, p. 71-76, 2000.
- NOGUEIRA, Maria Inês. *Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida*. São Paulo: HUCITEC, 1994, 156 p.
- OLIVIERA, Luiz Antônio e MENDES, Marcia Martins. Mortalidade infantil no Brasil: tendências recentes In: Minayo, Maria Cecília de Souza (Org.). *Os muitos Brasis-saúde e*

- população na década de 80*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, p. 291-303, 1995.
- ORTIZ, Argemiro Rinco et al. A Proposta de Reforma do Aparelho de Estado e suas Possíveis Implicações no SUS. *Eixo Políticas, Planejamento e Administração*. São Paulo: USP-Faculdade de Saúde Pública, 1996, Série Monográfica n. 5.
- OPAS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde). A saúde no Brasil. *Capítulo do relatório la salud em las Américas*. Escritório de Representação no Brasil. Brasília, nov. 98, [capturado em 2000 julho 20] Disponível em <http://www.opas.org.br/download/Textos/sdbras.htm>.
- PAIM, Jairnilson Silva. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condição de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, Rita Barradas (Org). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, cap. 2, p. 31-75, 1997.
- PEREIRA, Maurício Gomes. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995, 596 p.
- POSSAS, Cristina. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural a saúde no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1989, 271 p.
- PUFFER, Ruth Rice e SERRANO, Carlos V. Características de la mortalidade en la niñez. *Informe da la investigación interamericana de mortalidad en la niñez*. Cuba: OPAS, p. 253-270, 1973, Publicación Científica n. 262.
- RATTNER, Daphne. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ-ENSP, v. 12, p. 21-32, 1996, Suplemento n. 2.
- REIS, Fábio Wanderley. O nacional e o social em tempos globais. In: GERSCHMAN, Silvia & VIANNA, Maria Lúcia Werneck (Org.). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap. 2, p. 43-51, 1997.
- RESS, Jane. et al. Peso de nascimento associado à taxa de mortalidade mais baixa: filhos de mães adolescentes e adultas. Ed. Brasileira. *Pediatrics*. São Paulo: American academy of Pediatrics -Ed. Brasileira, v. 1, n. 4, p. 261-268, 1997.
- RIBEIRO, Eleonora R. O et al. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em municípios do Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: USP-Faculdade de Saúde Pública, v. 34, n.2, p. 136-141, 2000.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Epidemiologia & saúde*. São Paulo: Medsi 1994,540 p.
- SAN MARTIN, Hernán. Salud y enfermedad: ecología humana. *Medicina preventiva y social*. 3. Ed., México: La Prensa Médica Mexicana, p. 385-405, 1975.
- SANTOS, M. *Para uma geografia nova*. São Paulo: Hucitec, 1990.

- SCHRAMM, Fermin R. e CASTIEL, Luis David. Processo saúde-doença e complexidade em epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ-ENSP, v. 8, n. 4, p. 379-390, out./dez. 1992.
- SSMA/RS (Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul). *A criança e o adolescente no Rio Grande do Sul: indicadores de saúde*. Porto Alegre: SSMA/RS, 1993, 193 p.
- _____. Núcleo de Informação em Saúde. SIM (Sistema de Informação de Mortalidade). *Estatística de saúde: mortalidade 1997*. Porto Alegre: SSMA/RS, v. 23, 1998, 264 p.
- SES/RS (Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul). SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos). *Estatísticas de nascimento: 1997 e 1998*. Porto Alegre/RS: SES/RS, v. 3, 1999, 244 p.
- _____. *Relatório anual de gestão do SUS/RS 1999* (versão preliminar). Porto Alegre: SES/RS, mar. 2000, 277 p.
- SENA-CHOMPRÉ, Roseni Rosângela e EGRY, Emiko Yoshikawa. A enfermagem nos projetos UNI: contribuição para um novo projeto político para a enfermagem brasileira. São Paulo: HUCITEC, 1998, 189 p.
- SEVALHO, Gil. *A epidemiologia e o tempo*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, fev. 1999, 166 p. (Tese, Doutorado em Saúde Pública).
- SIEGEL, Sidney. *Experimental no paramétrico: aplicado a las ciencias de la conducta*. Cuba: Ed. Revolucionari e Instituto Cubano del Libro, p. 233-245, 1970.
- SILVA, Luiz Carlos Ayçaguer. *Excursion a la regresion logistica en ciencias de la salud*. Madri-Espanha: Ediciones Diaz de Santos S.A., 1995, 221 p.
- SOLLA, Jorge José S. Pereira, et al. Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en Salvador-Bahia. *Revista Panamericana de Salud Pública* Cuba: OPAS v. 2, n. 1, p. 1-6, jul. 1997.
- SZWARCWCALD, Célia Landmann e Castilho, Euclides. Estimativas da mortalidade infantil no Brasil, década de 80: proposta de procedimento metodológico. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: USP-Faculdade de Saúde Pública, v. 29, n. 6, p. 451-462, 1995.
- SZWARCWCALD, Célia Landmann et al. Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ-ENSP, v. 13, n. 3, p. 503-516, jul./set. 1997.
- TAQUETE, Stela Regina. Sexo e Gravidez na adolescência: estudo de antecedentes bio-psico-sociais. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, v. 68, n. 3/4, p. 135-139, mar./abr. 1992.
- TEIXEIRA, Carmem Fontes. Epidemiologia e planejamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 4, n. 2, p. 287-303, 1999.

- UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). *A infância brasileira nos anos 90*. Brasília-DF: UNICEF, nov. 1998, 170 p.
- _____. *Situação mundial da infância*. Brasília- DF: UNICEF, 1998, 132 p.
- VIANA, Ana Luíza. As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto do processo de globalização. In: Gerschman, Silvia & Vianna, Maria Lúcia Werneck (Org.). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap. 11, p. 201- 209, 1997.
- VASCONSELOS, Eymard. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro: CEBES, ano XXIII, v. 23, n. 53, p. 6-19, set./dez. 1999.
- VASQUEZ, T. G., Rodolfo, S. H. e Villar H. *Descentralización de los servicios de salud: diseño mantenimiento y conservación de unidades de los sistemas locales de salud*. Habana-Cuba: OPS-OMS, 1988, Série de Desarrollo de Servicios de Salud n. 24.
- VICTORA, Cesar et al. Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do Sul do Brasil-1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: USP-Faculdade de Saúde Pública, v. 30, n. 1, p. 34-45, 1996.
- VICTORA, César, Barros, Fernando e Vaughan, J. Patrick. *Epidemiologia da desigualdade*. São Paulo: HUCITEC, 1988, 187 p.
- VIEIRA, Lúcia Azambuja Saraiva. *Prática educativa com os enfermeiros de Bagé a respeito da mortalidade infantil*. Pelotas: UFPel, 1999, (Relatório da Disciplina Prática Assistencial), (Mimeo).
- WAGNER, Mario B. e CALLEGARI-JACQUES, Sidia M. Medidas de associação em estudo epidemiológicos: risco relativo e *odds ratio*. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, v. 74, n. 3, p. 247-251, maio/jun. 1998.

A N E X O S

ANEXO 1

AFASTAMENTO EM RELAÇÃO A MÉDIA DO RIO GRANDE DO SUL
DE ALGUNS INDICADORES
COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE - 1998

	COEFICIENTES DE MORTALIDADE						
	PERINATAL III	NEONATAL PRECOCE	NEONATAL TARDIA	NEONATAL	INFANTIL TARDIA	INFANTIL	
POSITIVO ↑	15ª	18ª	12ª	15ª	18ª	18ª	
	18ª	15ª	15ª	18ª	17ª	15ª	
	14ª	14ª	14ª	14ª	13ª	17ª	
	17ª	17ª	16ª	17ª	19ª	14ª	
AFASTAMENTO	5ª	1ª	2ª	1ª	5ª	19ª	
	16ª	RS	18ª	19ª	12ª	13ª	
	12ª	19ª	9ª	16ª	6ª	12ª	
	11ª	8ª	17ª	12ª	14ª	16ª	
	6ª	3ª	4ª	13ª	11ª	1ª	
	19ª	13ª	1ª	4ª	9ª	5ª	
	13ª	11ª	RS	RS	16ª	6ª	
	1ª	16ª	13ª	5ª	15ª	11ª	
EM RELAÇÃO	RS	4ª	3ª	11ª	RS	RS	
	4ª	12ª	10ª	9ª	2ª	4ª	
	2ª	2ª	19ª	2ª	1ª	2ª	
	8ª	8ª	11ª	8ª	7ª	3ª	
	9ª	3ª	8ª	3ª	10ª	8ª	
	3ª	10ª	5ª	9ª	4ª	9ª	
	10ª	7ª	7ª	10ª	3ª	10ª	
	7ª	9ª	6ª	7ª	8ª	7ª	
	A MEDIA						
NEGATIVO ↓							

Fonte: Coordenadoria de Informações em Saúde - CI/SES

Nota: Este modelo de apresentação busca situar cada Coordenadoria Regional de Saúde (DRS), em relação a um afastamento positivo (melhor desempenho), ou negativo (desempenho inferior), da média encontrada para o Rio Grande do Sul, dos mesmos indicadores anteriormente vistos isoladamente, em forma de tabelas e imagem espacial. Foi mantida a correspondência das cores das legendas utilizadas nos mapas, e as colunas respeitam a sequência que os indicadores tem na Publicação. Desta forma conjunta, torna-se possível detectar, com mais facilidade, os estágios específicos nos quais se encontram as CRS, possibilitando avaliações de desempenho positivas ou projetando ações saneadoras, como soluções àquelas aferições negativas demonstradas.

A N E X O 2

AFASTAMENTO EM RELAÇÃO A MÉDIA DO RIO GRANDE DO SUL
DE ALGUNS INDICADORES
COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE - 1998

	BAIXO PESO	PREMATURIDADE	CESÁREA	MÃES C/ MENOS	MÃES C/ ATÉ	COEFICIENTES	
	AO NASCER			DE 19 ANOS	1º GRAU INC	DE	DE
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	NATALIDADE	FERTILIDADE
POSITIVO ↑	18ª	12ª	8ª	11ª	1ª	14ª	14ª
	14ª	15ª	1ª	5ª	4ª	16ª	5ª
	19ª	14ª	18ª	14ª	7ª	11ª	16ª
	2ª	19ª	13ª	16ª	10ª	17ª	11ª
	16ª	11ª	3ª	13ª	6ª	5ª	17ª
AFASTAMENTO	13ª	10ª	10ª	17ª	9ª	8ª	4ª
	11ª	3ª	RS	6ª	RS	4ª	13ª
	17ª	18ª	7ª	2ª	5ª	13ª	8ª
	12ª	8ª	19ª	RS	12ª	6ª	6ª
	8ª	2ª	11ª	7ª	3ª	15ª	9ª
EM RELAÇÃO	15ª	6ª	12ª	1ª	14ª	9ª	RS
	7ª	9ª	2ª	18ª	11ª	3ª	3ª
	10ª	17ª	18ª	4ª	17ª	19ª	1ª
	RS	16ª	8ª	8ª	18ª	12ª	18ª
	1ª	13ª	4ª	12ª	8ª	RS	12ª
À MÉDIA	5ª	RS	17ª	19ª	16ª	7ª	7ª
	4ª	5ª	14ª	3ª	2ª	2ª	19ª
	3ª	1ª	8ª	15ª	18ª	18ª	2ª
	6ª	7ª	15ª	10ª	13ª	1ª	18ª
	5ª	4ª	9ª	8ª	19ª	10ª	10ª

(Continua)

A N E X O 3

Dados sócio-demográficos da 7ª CRS por municípios. Bagé, 2000.

PERÍODO	1996										1997										1998		IDH
	nº munic.	Área (km²)	População (Hab.)	Partic (1) (%)	Dens. Demog. (Hab/Km²)	Estrutura Etária (%)			Taxa % Urb.	Cresc.	PIB Total R\$	% (3)	PIB Agropecuária R\$	% (3)	PIB Indústria R\$	% (3)	PIB Serviços R\$	% (3)	PIB P/Cap R\$	Mortalid. Infantil%	Anos Estudo	Renda Insuf. 1991 (5)	
Estado / Municípios	467	269.153,90	9.637.662	100,00	34,17	27,90	65,54	65 e +	78,80	1,07	68.037.784.270	100,00	7.092.296.903	10,42	28.428.284.950	41,78	32.517.222.417	47,79	7.055,56	17,2			
RIO GRANDE DO SUL	7	23.778,10	248.373	2,58	10,45	30,34	64,42	7,19	67,37	1,36	1.165.404.506	1,71	247.604.354	3,03	239.432.558	0,84	668.367.194	2,06	6.093,71	24,9	5,90	49,50	0,700
BAGÉ		5.674,10	115.657	1,20	34,17	28,19	64,15	7,66	61,00	1,36	438.776.029	43,97	83.997.660	30,68	42.362.906	20,31	332.215.363	57,32	3.764,00	23,3	6,77	42,04	0,775
CANDIÓTTA		597,20	7.157	0,07	11,98	33,00	63,61	3,39	40,69	4,98	63.691.781	8,39	14.688.758	7,05	43.659.197	20,83	25.333.026	4,37	11.132,00	21,9	5,91	43,04	
DOM PEDRITO		5.194,60	38.979	0,40	7,50	27,93	63,79	8,28	88,07	0,48	237.109.751	23,76	60.089.625	28,00	68.025.695	32,69	108.514.131	18,72	6.102,00	24,3	6,11	50,13	0,693
HULHA NEGRA		1.147,20	5.003	0,05	4,36	31,96	62,06	5,97	44,67	-7,44	32.761.514	3,28	16.189.086	7,76	8.643.384	4,12	7.929.444	1,37	9.513,00	58,3	4,84	43,04	
LAVRAS DO SUL		2.604,60	7.670	0,08	2,94	25,20	66,15	8,65	63,10	-2,78	39.179.522	3,93	21.009.676	10,07	114.903	0,05	18.054.741	3,12	5.169,00	14,3	6,00	52,51	0,721
PIÑEIRO MACHADO		2.549,00	13.302	0,14	5,22	24,87	65,88	9,24	69,19	0,03	75.198.635	1,73	19.155.848	3,72	23.768.351	1,59	32.244.638	1,43	5.891,00	20,6	5,50	46,97	0,686
SAO GABRIEL		6.011,20	60.605	0,63	10,08	27,58	65,28	7,14	83,99	0,61	259.686.674	10,34	62.482.901	11,15	52.128.622	9,83	144.079.151	10,20	4.264,00	28	6,12	54,90	0,730

Fonte de Dados Brutos: IBGE, FEE, PNJD e SS.

(1) Percentual da população do município em relação a população total do Estado.

(3) percentagem em relação ao RS

(5) Indica o % da população que vive com renda familiar percapita inferior a meio salário mínimo

(6) IDH-M / Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é um índice que mede qualidade de vida. É calculado através de 3 variáveis: educação, renda e longevidade. Varia de 0 a 1 sendo que quanto mais próximo de 1 melhor a qualidade de vida do município.

Para os municípios que não existiam em 1970 e 1980, foram considerados o valor do IDHM do município mãe.

OBS: Os espaços que aparecem em branco para determinados indicadores, correspondem aqueles municípios que não dispunham do dado.

A N E X O 4

UFSC – UFPel / FURG / URCAMP
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
"ANÁLISE DA MORTALIDADE INFANTIL NO RS E NA 7ª CRS"
INSTRUMENTO PARA A PESQUISA COM OS GESTORES

IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____

Sexo: _____

Formação: _____

Tempo de formado: _____

Cargo que ocupa: _____

Tempo de trabalho como gestor: _____

QUESTÕES

1. Sabe qual o coeficiente de MI no seu município ?
2. Como avalia o indicador MI ?
3. Quais os fatores que aponta como prováveis causas deste indicador ?
4. Frente a este indicador o que a Secretaria Municipal de Saúde está fazendo ou pensa em fazer para diminuir esse indicador ?

UFSC – UFPel / FURG / URCAMP
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
"ANÁLISE DA MORTALIDADE INFANTIL NO RS E NA 7ª CRS"
INSTRUMENTO PARA A PESQUISA COM OS PROFISSIONAIS

IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____

Sexo: _____

Formação: _____

Tempo de formado: _____

Tempo de trabalho no município: _____

QUESTÕES

1. Sabe qual o coeficiente de MI no seu município ?
2. Como avalia o indicador MI ?
3. Quais os fatores que aponta como prováveis causas deste indicador ?
4. Na sua experiência profissional neste município o que você indicaria como prevenção da MI ?

A N E X O 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, _____,
abaixo assinado, declaro através deste instrumento, o meu consentimento para participar como sujeito da Pesquisa intitulada "**ANÁLISE DA MORTALIDADE INFANTIL NO RIO GRANDE DO SUL, E NA 7ª CRS**". Declaro, ainda, que estou ciente dos seus objetivos e método, inclusive do uso de gravador, bem como meus direitos enquanto sujeito dessa pesquisa, assegurados pela Resolução 196/96 – CNS/MS.

Pesquisadora: Lúcia Azambuja Saraiva Vieira

Telefones: 0XX 53 2420051

0XX 53 99790945

Ass: _____

Bagé, _____ de _____ de 2000.

ANEXO 7


Tabela n.º 1 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE OS INDICADORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE DAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

C.C.R. KENDALL ¹⁸	ENVE	URBA	PIB	PIB A	PIB I	PIB S	PIB C	EXVID	ESCOL	RI	IDH	IM	IC
ENVE	X	-0,09 NS	0,177 NS	0,236 NS	0,224 NS	0,118 NS	0,106 NS	0,101 NS	-0,161 NS	-0,071 NS	0,126 NS	0,167 NS	-0,106 NS
URBA		X	0,287 95%	0,041 NS	0,216 NS	0,392 99%	0,333 95%	-0,387 95%	0,649 99%	-0,462 99%	0,468 99%	0,404 99%	0,322 95%
PIB			X	0,836 99%	0,848 99%	0,485 99%	0,485 99%	-0,258 NS	0,152 NS	-0,497 99%	0,437 95%	0,365 95%	0,053 NS
PIB A				X	0,520 99%	0,509 99%	0,146 NS	0,094 NS	0,067 NS	-0,064 NS	0,094 NS	0,184 NS	-0,123 NS
PIB I					X	0,708 99%	0,532 99%	-0,176 NS	0,115 NS	-0,427 99%	0,421 95%	0,343 95%	-0,018 NS
PIB S						X	0,427 99%	-0,294 95%	0,273 NS	-0,509 99%	0,468 99%	0,416 99%	0,131 NS
PIB C							X	-0,082 NS	0,334 95%	-0,731 99%	0,687 99%	0,282 NS	-0,041 NS
EXVIDA								X	-0,061 NS	-0,223 NS	0,023 NS	-0,129 NS	-0,328 95%
ESCOL									X	-0,334 95%	0,575 99%	0,444 99%	0,176 NS
RI										X	-0,687 99%	-0,306 95%	-0,135 NS
IDH											X	0,556 99%	0,172 NS
IM												X	0,404 99%
IC													X

ENVE= envelhecimento 5 de pop. com + de 65 anos; URBA= urbanização; PIB= Produto interno bruto; PIB A= PIB Agropecuário; PIB I= PIB Industrial; PIB S= PIB Serviços; PIB C= PIB per Capta; EXVIDA= Expectativa de Vida; ESCOL= Escolaridade; RI= Renda Insuficiente; IDH= Índice de Desenvolvimento Humano; IM= Índice de Médico por hab.; IC= Índice de Consulta/hab.

¹⁸ COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE RANGO DE KENDALL

ANEXO 8

DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO N° XXXXXXXXXX											
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE 1ª VIA - ORGÃO DE PROCESSAMENTO		CARTÓRIO		CARTÓRIO DE							
		2		N° DO REGISTRO:				DATA DO REGISTRO: / /			
		3		MUNICÍPIO				4		UF	
5		LOCAL DA OCORRÊNCIA									
<input type="checkbox"/> 1 - HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 - OUTRO ESTABEL DE SAÚDE <input type="checkbox"/> 3 - DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> 4 - OUTRO		6		ENDEREÇO				7		UF	
7		MUNICÍPIO				8		UF			
9		CÓDIGO				NOME DO ESTABELECIMENTO					
SE OCORRIDO EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE >		9		CÓDIGO							
10			11			12			13		
NASCIMENTO			SEXO			PESO AO NASCER			ÍNDICE DE APGAR		
DATA			<input type="checkbox"/> 1 - MASCULINO <input type="checkbox"/> 2 - FEMININO			_____ g			<input type="text"/> <input type="text"/> 1º MINUTO <input type="text"/> <input type="text"/> 5º MINUTO		
<input type="text"/> DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/> HORA <input type="text"/> MINUTOS											
14			15			16			17		
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS)			TIPO DE GRAVIDEZ			TIPO DE PARTO			N° DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL		
<input type="checkbox"/> 1 - 0 - 21 <input type="checkbox"/> 2 - 22 - 27 <input type="checkbox"/> 3 - 28 - 36 <input type="checkbox"/> 4 - 37 - 41 <input type="checkbox"/> 5 - 42 E + <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO			<input type="checkbox"/> 1 - ÚNICA <input type="checkbox"/> 2 - DUPLA (Gêmeos) <input type="checkbox"/> 3 - TRÍPLICE (Trigêmeos) <input type="checkbox"/> 4 - MAIS DE 3 <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO			<input type="checkbox"/> 1 - NORMAL <input type="checkbox"/> 2 - CESÁRIO <input type="checkbox"/> 3 - FÓRCEPS <input type="checkbox"/> 4 - OUTRO <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO			<input type="checkbox"/> 1 - NENHUMA <input type="checkbox"/> 2 - ATÉ 6 <input type="checkbox"/> 3 - MAIS DE 6 <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO		
18			19			20			21		
NOME			MÃE			IDADE			GRAU DE INSTRUÇÃO		
									<input type="checkbox"/> 1 - NENHUMA <input type="checkbox"/> 2 - 1º GRAU INCOMPLETO <input type="checkbox"/> 3 - 1º GRAU COMPLETO <input type="checkbox"/> 4 - 2º GRAU <input type="checkbox"/> 5 - SUPERIOR <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO		
22			23			24			25		
FILHOS TIDOS (Indicar quantos e não incluir a presente gestação)			RESIDÊNCIA HABITUAL			ENDEREÇO			BAIRRO		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
26			27			28			29		
NOME			PAI			FUNÇÃO			RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		
27			28			29			30		
NOME			FUNÇÃO			RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO			NOME		

Para registrar esta criança (obrigatório por lei), o pai ou responsável deverá levar este documento ao Cartório de Registro Civil.

Atenção: Este documento não substitui a Certidão de Nascimento.

ANEXO 9

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE		DECLARAÇÃO DE ÓBITO Nº 6 XXXXX	
1ª VIA - ESTATÍSTICA DE SAÚDE		UF: 22	CARTÓRIO DE
Nº DO REGISTRO:		DATA DO REGISTRO:	
3 TIPO DE ÓBITO <input type="checkbox"/> 1 - FETAL <input type="checkbox"/> 2 - NÃO FETAL	4 NOME DO FALECIDO	5 DATA DO ÓBITO MORN DIA MES ANO	
6 ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> 1 - SOLTEIRO <input type="checkbox"/> 2 - CASADO <input type="checkbox"/> 3 - VIÚVO <input type="checkbox"/> 4 - REP. JUDIC. <input type="checkbox"/> 5 - OUTRO <input type="checkbox"/> 6 - RN.	7 SEXO <input type="checkbox"/> 1 - MASC. <input type="checkbox"/> 2 - FEM. <input type="checkbox"/> 3 - OUTR.	8 DATA NASC. DIA MES ANO	9 IDADE ANOS COMPLET. ANOS MESES DIAS SEM.
10 LOCAL DE OCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> 1 - HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 - VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> 3 - DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> 4 - OUTRO	11 MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA	12 NOME DO ESTABELECIMENTO	
13 COD. ESTB.		14 RESIDÊNCIA HABITUAL (RUA, NÚMERO, BARRIO, ETC.)	
15 MUNICÍPIO		16 UF	
17 OCUPAÇÃO HABITUAL DO FALECIDO <small>Se aposentado, indicar também a ocupação anterior</small>	18 NATURALIDADE	19 RAÇA/COR <input type="checkbox"/> 1 - AMARELA <input type="checkbox"/> 2 - BRANCA <input type="checkbox"/> 3 - BRUNHA <input type="checkbox"/> 4 - PARDADA <input type="checkbox"/> 5 - PRETA	20 GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - ANILFAB. <input type="checkbox"/> 2 - 1ª LETRADA <input type="checkbox"/> 3 - 2ª LETRADA <input type="checkbox"/> 4 - SUPERIOR <input type="checkbox"/> 5 - 1ª ESCOLA
21 NOME DO PAI		22 NOME DA MÃE	
23 OCUPAÇÃO HABITUAL	24 GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - ANILFAB. <input type="checkbox"/> 2 - 1ª LETRADA <input type="checkbox"/> 3 - 2ª LETRADA <input type="checkbox"/> 4 - SUPERIOR <input type="checkbox"/> 5 - 1ª ESCOLA		25 GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - ANILFAB. <input type="checkbox"/> 2 - 1ª LETRADA <input type="checkbox"/> 3 - 2ª LETRADA <input type="checkbox"/> 4 - SUPERIOR <input type="checkbox"/> 5 - 1ª ESCOLA
26 Nº DE FILHOS VIVOS	27 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (SEM SEMANAS)	28 GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> 1 - ÚNICA <input type="checkbox"/> 2 - ÚNICA <input type="checkbox"/> 3 - TERCELA <input type="checkbox"/> 4 - MAIS DE 3 <input type="checkbox"/> 5 - RN.	
29 Nº DE FILHOS MORTOS	30 MORTO EM RELAÇÃO AO PARTO <input type="checkbox"/> 1 - ANTES <input type="checkbox"/> 2 - DURANTE <input type="checkbox"/> 3 - DEPOIS <input type="checkbox"/> 4 - RN.	31 PESO AO NASCER	
32 RECEBEU ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A MORTE?	33 O MÉDICO QUE ASSINA ATENDEU AO FALECIDO?	34 O DIAGNÓSTICO FOI CONFIRMADO?	35 ÓBITO FETAL EM IDADE FÉRTIL
<input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 3 - RN.	<input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 3 - RN.	<input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 3 - RN.	<input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 3 - RN.
36 CAUSA DA MORTE INOTE SE UM DIAGNÓSTICO POR LESÃO		INTERVALO ENTRE AS DOENÇAS	
PARTE I DOENÇA OU ESTADO MÉDICO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE		CID	
CAUSAS ANTECEDENTES <small>OUTRAS DOENÇAS OU ESTADOS MÉDICOS QUE INTERFERIRAM NA CAUSA ACIMA REFERIDA PARA MÉRITO DO ÚLTIMO LESÃO A CAUSA BÁSICA</small>			
37 PARTE II <small>ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS SUBJETIVAS QUE CONSTITUÍRAM PARA A MORTE, PORÉM NÃO REALIZADAS DESEMPENHO DO ESTADO PATOLÓGICO QUE A PRODUZIU</small>			
38 NOME DO MÉDICO		39 CRM	40 DATA DO ATESTADO
41 ENDEREÇO DO MÉDICO		42 TELEFONE	43 ASSINATURA
MORTE NÃO NATURAL - PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DA MORTE - OBS: INFORMAÇÕES DE CARATER EPIDEMIOLÓGICO			
44 TIPO <input type="checkbox"/> 1 - MURICÍPIO <input type="checkbox"/> 2 - SUICÍDIO <input type="checkbox"/> 3 - AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> 4 - RN.	45 SE ACIDENTE ANCIAR O NÚMERO CORRESPONDENTE AO TIPO 1 - ATROFAMENTO 2 - SÍNDROME ACID. PRÁBILITU 3 - QUENA 4 - APOCAMPAMENTO 5 - OUTRO 6 - OUTRO	46 FONTE DA INFORMAÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - SOLTEIRO OCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> 2 - HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 - FAMILIA <input type="checkbox"/> 4 - OUTRA <input type="checkbox"/> 5 - PDC	47 ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 3 - RN.
48 LOCAL DO ACIDENTE <input type="checkbox"/> 1 - VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> 2 - DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> 3 - OUTRO <input type="checkbox"/> 4 - LOC. TRAB. <input type="checkbox"/> 5 - RN.		49 DECLARANTE	
50 TESTEMUNHA		51 TESTEMUNHA	
52 CEMITÉRIO EM QUE SERÁ ENTERRADO		53 MUNICÍPIO	

A N E X O 10

DADOS DOS ESTUDO DE CASOS-CONTROLE DE NASCIDO EM 1998, RESIDENTES NA 7ª CRS

Caso#1 Controle#0	Local Nascim.	SEXO	Peso ao Nascer	Duração gestação	Tipo parto	Nº cons. Pré-natal	Idade da Mãe	Grau instrução	Filhos Tidos	Resid. Habitual UR	Renda Insuficiente e	IDM -H	Data do Nasc.	Data do óbito	Tempo de Vida	CAUSA	Grupo de Chitos
<p>Fonte de Dados Brutos: IBGE, PBL, PNAD, BS e Declarações de Nascidos Vivos- DN.</p> <p>IDM/H: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é um índice que mede qualidade de vida. É calculado através de 3 variáveis: educação, renda e longevidade.</p> <p>Varia de 0 a 1 sendo que quanto mais próximo de 1, melhor a qualidade de vida do município.</p>																	
<p>LOCAL DO NASC.</p> <p>1- Hospital 2- Outro estabel. de saúde 3- Domicílio 4- Outro 5- Ignorado</p> <p>SEXO</p> <p>1- Masculino 2- Feminino</p> <p>RESIDÊNCIA HABITUAL</p> <p>1- Urbana 2- Rural</p> <p>DURAÇÃO DA GESTAÇÃO</p> <p>1- 0 a 21 sem 2- 22 a 27 sem 3- 28 a 35 sem 4- 37 a 41 sem 5- Ignorado</p> <p>TIPO DE PARTO</p> <p>1- Normal 2- Cesário 3- Fórceps 4- Outro 5- Ignorado</p> <p>Nº de Consultas Pré-Natal</p> <p>1- Nenhuma 2- Até 5 3- Mais de 6 4- Ignorado</p> <p>GRAU DE INSTRUÇÃO</p> <p>1- Nenhum 2- 1º g. incompleto 3- 1º g. completo 4- 2º grau 5- superior 9- Ignorado</p> <p>DATA DO NASC. E DO ÓBITO</p> <p>1- Domingo 2- Segunda-feira 3- Terça-feira 4- Quarta-feira 5- Quinta-feira 6- Sexta-feira 7- Sábado</p>																	

A N E X O 11

Listas das causas *mortis* dos óbios menores de um ano, residentes na 7ªCRS, ocorridos em 1998.

Tempo de Vida	CAUSA
3d	Sepsis.MH e Prematuridade
21h	MH, prematuridade extrema , RN de mãe diabética
3m	Parada cárdio respiratória e malformação congênita
2d	Insuficiência respit., MH, prematuridade severa
40min	prematuridade
1d	Insuficiência respit., MH, prematuridade severa
1d	Insuficiência respit., MH, prematuridade severa
40min	prematuridade severa
2d	MH, prematuridade severa
5d	PCR, cardiopatia congênita
1h	Insuficiência respit., MH, prematuridade severa
2d	MH, prematuridade
8h	anóxia neonatal grave
4d	PCR, Sepsis Prematuridade
8h	MH, prematuridade severa
1h	mal formação congênita
26d	PCR, pneumonia, desnutrição
2d	PCR, insuficiência respit., hipóxia neonat
1d	MH, prematuridade severa
4d	PCR
7m	PCR, pneumonia
3m	PCR, pneumonia
2m	sepsis+PCR, hidrocefalia, meningite bacteriana (pneumo)
4m	asfixia por bolo alimentar
2m	PCR, pneumonia
19d	sepsis, infecção neonatal, prematuridade extrema
9m	pneumonia
7d	pneumonia
1d	sepsis, pneumonia, infecção ovular
7m	insuficiência respirat., broncopneumonia, internação prolongada
4d	insufic. respirat., sepsis, infec. Neonatal, prétermo,baixo peso, anóxia grave
9d	enterocolite necrozante
1d	prematuridade severa
1m	septicemia
4m	PCR, cardiopatia congênita
1m	asfixia mecânica, aspiração de bolo alimentar
2d	MH, prematuridade
2d	MH, prematuridade
25d	septicemia neonatal, prematuridade extrema
3m	PCR, pneumonia
2d	polimalformações
11d	PCR, insuf. Respirat. Hidrocefalia congênita
2h	MH, anóxia grave, prematuridade
9h	Insuficiência respit., MH, prematuridade severa
4m	septicemia. Broncopneumonia, desnutrição grave
19d	septicemia, prematuridade
2d	insuficiência resp. aguda, prematuridade, parto domiciliar
5m	PCR, anóxia, hidrocefalia+ hipóxia corpulmonare
7d	insuf. Respirat., sepsis neonatal por broncopneumonia, sífilis cong.
1d	anóxia perinatal, hipertensão pulmonar, insuf. Respiratória
15h	prematuridade severa
2d	insufic. Respir., mal formação congênita e broncopneumonia
9d	insuf. Respirat. Aguda, prematuridade
1d	anóxia neonatal grave
1d	hemorragia externa, sutura incorreta do coto umbilical
7m	septicemia, broncopneumonia
2d	afecções originadas no período perinatal

FONTE: Dados retirados das Declarações de Óbito - DO.

Listas das causas *mortis* dos óbios menores de um ano, residentes na 7ªCRS, ocorridos em 1998.

5d	pcr, anoxia severa
2m	sem assistência médica
12h	Insuficiência respit. anoxia neonatal, aspiração de mecônio
13d	septicemia, de imaturidade severa
1h	insuficiência resp, prematuridade, tumor abdominal
1h	prematuridade severa
6m	sem assistência médica
1d	prematuridade severa
1h	sem assistência médica
1d	MH, prematuridade
1d	prematuridade severa
4m	PCR, aspiração de conteúdo gástrico
19d	tétano neonatal
19d	PCR, prematuridade, pneumonia
22h	prematuridade severa
10min	PCR, prematuridade extrema
7m	septicemia, hidrocefalia
3m	aspiração
6h	PCR, mal formação congênita, prematuridade
4h	PCR, mal formação congênita, prematuridade
9m	insuf. Respit., broncopneumonia, doença de GAUCHER
7d	enterocolite aguda, prematuridade severa, baixo peso
2m	chegou sem vida ao hospital sem sinais de violência
17d	septicemia neonatal, prematuridade extrema
9m	PCR, meningite não especificada
10m	insuficiência hepática aguda, hepatite viral
26d	infecç. Respirat., septicemia, entero infecção
4d	insuf. Respit., parto prematuro, premat. Extrema
6h	PCR, insuf. Resp. prematuridade extrema
3m	desidratação, gastroenterite, IVAS, desnutrição
5d	prematuridade
30min	imaturidade
6d	septicemia neonatal, prematuridade extrema
horas	prematuridade
6h	imaturidade
4h	imaturidade
1h	imaturidade
2d	prematuridade
3h	falência múltipla dos órgãos, PCR
8m	Insuf. Respit., pneumonia. Mal asmático com desnutrição
11m	desidratação aguda, gastroenterite
4m	meningite meningocócica
1m	pneumonia, subnutrição
3m	septicemia, insuficiência respiratória
4m	insuf., respirat. Aguda, asma
2m	desidratação, gastroenterite, desnutrição
7m	PCR, Septicemia, desnutrição crônica de 3º grau
12h	PCR, prematuridade
1d	imaturidade
1d	Falência de múltiplos órgãos, MH e prematuridade
2m	septicemia, meningite bacteriana, prematuridade
20min	PCR, mal formação abdominal
1m	edema agudo pulmonar
6h	insuf., respit., prematuridade extrema (uso de citotec)
3d	imaturidade

FONTE: Dados retirados das Declarações de Óbito - DO.



"Seu nome é hoje".
Gabriela Mistral